

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en travail social

HES·SO//Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

Mères alcoolodépendantes : quel accompagnement ?



Image 1 : <http://www.prevention.ch>

Réalisé par : Emilie GAIST

Promotion : TS AS 10

Sous la direction de : Angélique WÜTHRICH

Chamoson, le 28 octobre 2013

Remerciements

Je tiens par la présente à remercier

- Madame Angélique Wüthrich, directrice de ce travail de Bachelor, pour sa disponibilité et son professionnalisme;
- Monsieur Gérard Buillard, président du groupe des anciens de la Villa Flora (ASVF), pour sa disponibilité et son dévouement à rechercher des personnes désirant témoigner pour la réalisation de mon travail;
- A toutes les personnes ayant accordé du temps à la relecture de ce travail;
- Et un merci tout particulier à toutes les femmes et mères ayant témoigné dans le cadre de ce travail et qui ont permis la réalisation de cette recherche

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que son auteure » et « Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées.

Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués.

Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études.

J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. »

Résumé

Le thème de l'alcool – dépendance en lien avec la parentalité est au centre de ce travail de Bachelor. Il est amené sous l'angle des éléments qui ont été déterminants à la décision pour des mères alcool-dépendantes à entrer en traitement dans un centre spécialisé dans les addictions afin de se rétablir. C'est donc la décision d'entreprendre celui-ci ainsi que le phénomène du changement et de la motivation qui sont mis au cœur de cette recherche.

Des entretiens ont été réalisés dans le but de comprendre le fait d'être mère alcool-dépendante et de ce qui s'y joue en termes de parentalité, de ce qui a été décisif pour elles afin d'entamer un traitement et au contraire de saisir quels ont été les éléments les entravant à faire le pas. De manière générale les résultats ont démontré que pour décider d'entrer en cure il faut accepter d'avoir un « problème » avec l'alcool. Dans un second temps, un élément déclencheur, propre à chacune des mères interviewées et significatif dans leurs vies respectives, les a mises face aux dégâts provoqués par leur addiction à l'alcool. Cet élément joue un rôle décisif dans leur prise de décision à entrer en traitement et à leur motivation au changement. Ces résultats sont exposés plus en profondeur dans la partie empirique sous chiffre 2.1 : « résumé des résultats ».

Mots clés :

Mères	Freins
Alcool-dépendance	Changement
Motivation	

Table des matières

Introduction.....	7
Cadre théorique	9
1. L'alcoololo-dépendance	9
1.1 L'alcool et la culture.....	9
1.2 Perception de l'alcoolisme	10
1.3 L'alcool en Suisse : quelques chiffres	10
1.4 L'alcoololo-dépendance.....	11
2. Alcoololo-dépendance et genre	12
3. Les causes de l'alcoololo-dépendance	14
4. Les conséquences de l'alcoolisme	14
4.1 Conséquences sociales.....	14
4.2 Conséquences médicales.....	15
4.3 Conséquences sur le fonctionnement familial	17
4.4 La Co-dépendance	17
5. Conséquences de l'alcoolisme parental sur l'enfant	18
5.1 Conséquences générales.....	18
5.2 Alcoololo-dépendance et maltraitance.....	19
6. Bonnes et mauvaises mères	21
7. Réseau qui s'occupe d'alcoololo-dépendance en Valais	23
7.1 Les Foyers Rives du Rhône et F-X Bagnoud :	23
7.2 Via Gampel:	23
7.3 La villa Flora :	24
7.4 Le CADD :	27
7.5 Autres acteurs du réseau.....	27
8. Motivation, résistance et dynamique de changement	28
8.1 Généralités sur le changement et la motivation	28

8.2	La motivation dans la relation d'aide	29
8.3	Le modèle bio-psycho-social et la motivation	30
8.4	La résistance	31
8.5	Le déni	32
8.6	Les cinq principes de l'approche motivationnelle	33
8.7	L'entretien motivationnel	33
9.	L'approche motivationnelle de Di Clemente et Prochaska	34
9.1	La Pré Contemplation :	36
9.2	La contemplation :	36
9.3	La préparation	37
9.4	L'action	37
9.5	Le maintien	37
9.6	L'intégration	38
10.	Conclusion	38
	Questionnement	39
1.	Question de recherche	39
2.	Hypothèses	40
3.	Objectifs	41
	Méthodologie	42
1.	Choix de la méthode	42
2.	Construction de la grille d'entretien et test	43
3.	Population cible et terrain	44
4.	Méthode d'analyse	45
5.	Conclusion	45
	Partie empirique	47
1.	Analyse des données	47
1.1	Présentation de l'échantillon	47
1.2	Eléments de l'analyse	47
2.	Synthèse	62

2.1	Résumé des résultats	62
2.2	Vérification des hypothèses.....	63
2.3	Conclusion.....	67
3.	Perspectives.....	67
Conclusion.....		70
Références.....		72
1.	Bibliographie : ouvrages et articles.....	72
2.	Sites internet.....	73
3.	Articles	75
4.	Tableaux.....	76
5.	Images	76
Annexes.....		77

Introduction

En Suisse, c'est au 19^{ème} siècle que les médecins ont découvert l'effet nocif de l'alcool et lui ont apposé la pathologie nommée « dépendance ».

Pour comprendre cela, il est à noter qu'à cette époque, les ouvriers et ouvrières gagnaient leur vie en travaillant dans les fabriques, travail très éprouvant autant physiquement que psychiquement. Pour fuir cette réalité, beaucoup d'entre eux se sont tournés vers le « schnaps », boisson alcoolisée efficace et peu coûteuse.

De petites distilleries agricoles vendaient de l'eau-de-vie de maigre qualité mais très bon marché élaborée à partir de pommes de terre. Les personnes défavorisées n'ayant ni le temps, ni l'argent, ni la logistique nécessaire pour se préparer de bons repas utilisaient cette eau-de-vie comme substitut, même pour les enfants. Elle devint la drogue la plus répandue au sein de ces populations. Certains ecclésiastiques et la bourgeoisie parlaient d'« épidémie sociale ».¹

Jusque dans les années huitante, les professionnels et les familles considéraient l'alcoolisme comme un manque de volonté (Uehlinger C, Tschui M, 2003).

Cette mentalité a évolué et l'on ne considère plus la personne comme responsable de sa dépendance mais « [...] comme un malade en proie à un processus additif qu'il n'est plus en mesure de contrôler. » (ibid p 117).

Cependant, il existe encore dans notre société une vision différente de l'alcoolodépendance selon le genre de la personne concernée par la maladie. Au féminin, elle est perçue très négativement alors qu'au masculin elle est plus « acceptable ». De ce fait et avec tous les préconstruits de notre société, l'alcoolisme chez les femmes, mères ou non, demeure toujours un sujet extrêmement tabou.

Je me suis donc questionnée sur le réseau de ces mères. A qui peuvent-elles se confier ? Vers qui peuvent-elles demander de l'aide ? Que pensent-elles de leur rôle de mères ? Et les enfants dans tout ça ?

A la suite de deux de mes expériences professionnelles différentes, j'ai pu côtoyer une mère dépendante à l'alcool et à d'autres substances, qui ne pouvait plus avoir de liens avec son enfant en début de cure car la procédure de celle-ci l'exige. Je me suis alors posée beaucoup de questions sur les conséquences du développement de l'enfant. Cette séparation est-elle bénéfique pour la mère et le bébé ? Est-il préférable que la mère dépendante se soigne avant de recréer un lien avec l'enfant ? Quels sont les besoins bio-psycho-sociaux de cette mère ? Comment est-elle arrivée dans ce foyer ? Quelles ont été ses motivations ?

Dans ma seconde expérience, je m'occupais de quelques enfants dont les parents avaient des problèmes de dépendance et ai pu observer l'impact négatif de celle-ci sur les enfants : ils portaient beaucoup de soucis et se trouvaient dans le rôle de l'enfant protecteur. Ils culpabilisaient de vivre en institution la semaine. Ils auraient

¹Confédération suisse, régie fédérale des alcools, <http://www.eav.admin.ch/org/00558/00699/index.html?lang=fr>, consulté le 22 juin 2013

été plus rassurés de vivre au sein de leur famille afin d'exercer un contrôle sur celle-ci. D'ailleurs, une étude a démontré que le traumatisme lié au placement envahit le 80% du travail éducatif autour de l'enfant. Bowlby, père de la théorie de l'attachement disait : « Il vaut mieux des mauvais parents qu'une bonne institution » (ChatonayB, Van der borcht F, 2010, p.23).

A la suite de ces deux expériences, je me suis demandée comment aider ces mères à se soigner en gardant leur rôle de mère tout en respectant l'intérêt de l'enfant.

En effet, je soulève cette question sachant qu'un des rôles essentiels du·de la travailleur·euse social·e est de permettre aux usager·ère·s de tendre vers l'autonomie ainsi que de leur permettre d'exercer leurs droits. Un des droits fondamentaux d'une mère est, selon moi, qu'elle puisse exercer son rôle de mère malgré les divers obstacles tel que l'alcoolisme. C'est aux professionnel·le·s de lui permettre cela, de préserver dans la mesure du possible le lien entre mère et enfant en tenant compte, bien entendu, de la réalité de la situation spécifique de chaque famille, de la sécurité de l'enfant ainsi que du cadre légal. Mener un travail de Bachelor sur le thème de l'alcoololo-dépendance et de la parentalité me semble pertinent compte tenu des éléments précités.

Cette thématique est, dans le présent travail, amenée sous l'angle de la motivation et du changement. Elle est centrée sur la mère alcoololo-dépendante, son objectif étant, par la compréhension de ces mécanismes, de vérifier si le type d'accompagnement proposé avant, pendant et après un traitement en structure résidentielle, correspond aux besoins des usagères. J'analyserai plus précisément les motivations et les freins à la prise de décision d'entrer en traitement dans ce type de structures.

Afin de mener cette recherche au mieux, des entretiens avec des mères alcoololo-dépendantes ont été effectués. En premier lieu est présenté le cadre théorique apportant des concepts tels que l'alcoololo-dépendance, l'alcoololo-dépendance et genre, bonne mère-mauvaise mère, la motivation, le changement ainsi que l'approche motivationnelle de Di Clemente et Prochaska. Ensuite sera amené mon questionnaire suivi par la partie méthodologique. La partie empirique termine cette recherche en faisant état des résultats provenant de diverses interviews ainsi que des perspectives d'actions applicables sur le terrain.

Cadre théorique

1. L'alcool-dépendance

Ce premier chapitre définit ce qu'est l'alcool, la place qu'il occupe dans notre culture ainsi que le regard que porte notre société sur ce produit. Ensuite sont explicités la notion d'alcool-dépendance ainsi que les symptômes de cette maladie.

1.1 L'alcool et la culture

« L'alcool est un produit complexe, profondément intégré à la culture, bénéfique et hédonistique à doses modérées, dont toutes les propriétés heureuses s'inversent dès lors que la consommation augmente » (Ades J, 2001). Du point de vue des physiologistes qui étudient le fonctionnement normal du corps, l'alcool existe sous le seul nom d'éthanol. Dans le corps, celui-ci se trouve sous la formule C_2H_5OH . Cela montre qu'il n'existe pas d'alcool « fort » et d'alcool « faible » contrairement aux croyances populaires. Dans le corps, peu importe le type d'alcool, que ce soit du vin, de la bière, du pastis ou du whisky, tous ont le même effet (Gueibe R, 2008, p 23).

L'alcool est très banalisé et se trouve tout autour de nous, dans les magasins, sur nos tables, dans nos frigidaires. Ce produit est « licite » contrairement aux drogues telles que l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, etc. quant à elles prohibées. Bu modérément, l'alcool permet en premier lieu de vivre un moment agréable. Il devient une drogue lorsque la personne devient dépendante physique et/ou psychique et n'arrive plus à se passer de cette substance pour vivre, la dépendance ayant pris place au quotidien. Bien que dans notre société, l'alcool est communément perçu comme une drogue « licite » et culturellement admise, cela ne signifie pas que l'on peut en consommer comme l'on veut et quand on le veut. En effet, la conduite en état d'ivresse est condamnée, l'ivresse au travail peut être un motif de licenciement et peut engendrer bien d'autres conséquences (Gueibe R, 2010, p 58).

L'alcool prend une place différente selon les pays et les cultures d'après Addiction Suisse². Effectivement, l'alcool est en principe prohibé dans les pays de religion bouddhiste, islamiste, musulmane et hindouiste. Ce sont des religions qualifiées d' « abstinentes ». La Suisse quant à elle, tout comme l'Italie et l'Espagne, sont de culture « permissive ». Cela signifie qu'il est normal pour la société de boire régulièrement du vin lors des repas, bien que l'ivresse et la consommation inappropriée d'alcool soient perçues négativement par la société. Finalement, les Etats-Unis et le Canada possèdent une culture « ambivalente » face à l'alcool.

²Addiction Suisse, 2011, (consulté le 30.12.2012), « Les jeunes et l'alcool. L'alcool dans notre société-hier et aujourd'hui. Les diverses cultures de l'alcool aujourd'hui », <http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user-upload/DocUpload/alcool-société.pdf>.

En effet, Addiction Suisse entend par cela que la consommation d'alcool est autorisée mais pas souhaitée.

Addiction Suisse souligne également la différence de consommation d'alcool entre les diverses régions de Suisse. En effet, la Suisse italienne est composée de plus de consommateurs quotidiens que la Suisse romande et la Suisse alémanique. Cette dernière compte le moins de consommateurs quotidiens.

En Suisse, c'est au 19^{ème} siècle que les médecins découvrent l'effet nocif de l'alcool et que la notion de dépendance lui est attribuée.

1.2 Perception de l'alcoolisme

Jusqu'à une trentaine d'années auparavant, l'alcoolisme était considéré comme une faiblesse d'esprit, de caractère qui rendait les personnes incapables de résister à l'alcool. L'alcoolisme évoquait pour les professionnels et les familles un grand manque de volonté de la personne souffrant de cette maladie et était de ce fait sévèrement jugé (Uehlinger C, Tschui M, 2003).

Cette mentalité a évolué grâce à une meilleure connaissance des mécanismes de l'addiction ce qui a mené à ne plus considérer la personne comme responsable de sa dépendance. De nos jours, la personne alcoolo-dépendante est considérée « comme un malade en proie à un processus addictif qu'il n'est plus en mesure de contrôler. » (ibid p 117).

Il est important de noter que les personnes alcoolo-dépendantes ne sont pas responsables de leur maladie mais de leur implication dans le traitement. Ces personnes « [...] fluctuent entre l'envie de se faire soigner et celle de maintenir le statu quo » (ibid p 119).

Pour la personne alcoolo-dépendante, il est plus facile de s'avouer un problème avec l'alcool que de se qualifier d'alcoolique. Se dire alcoolique : « [...] c'est accepter de s'attribuer toutes les valeurs négatives de l'imagerie populaire véhiculées communément autour du « poivrot » » (Chevry, 1993, Fainzang, 1996, Gaussot, 1998 cités In Gaussot L, 2004, p 78).

1.3 L'alcool en Suisse : quelques chiffres

Il faut savoir que l'alcool demeure l'un des cinq facteurs de maladie en Suisse.³ Nous pouvons noter quelques chiffres alarmants concernant l'abus d'alcool. En effet, la Suisse comptait en 2006 environ 300 000 personnes alcoolo-dépendantes, chiffre non négligeable.⁴ Une étude en date de 2001 a démontré que l'alcool tue plus de 10% des hommes âgés entre 15 et 34 ans et tue 2100 personnes chaque année. Une autre étude

³ Confédération Suisse, Alcool, tabac et drogues, 2012, (consulté le 5 décembre 2012), « faits et chiffres », <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/index.html?lang=fr>

⁴Département fédéral des affaires étrangères, 2012, (consulté le 5 décembre 2012), « drogues : et alcool » http://www.swissworld.org/fr/population/drogues_et_alcool/alcool/

de l'université de Neuchâtel a, quant à elle, estimé le coût de l'abus d'alcool à 6,7 milliards de francs par année (ibid).

Ces chiffres nous offrent donc une bonne vision de l'étendue de l'alcoolodépendance, véritable problème de santé publique dans notre pays ainsi que des coûts qui en découlent.

1.4 L'alcoolodépendance

Le malade alcoolique est une personne alcoolodépendante qui ne peut contrôler durablement la quantité d'alcool qu'il boit. Les effets psychiques que procure l'alcool tels que l'euphorie, l'oubli, le courage d'affronter une situation redoutable, et bien d'autres effets qualifiés de positifs par les consommateurs, sont les raisons pour lesquelles la personne boit. Seule la quantité d'alcool compte pour le corps du malade alcoolique et non la qualité de celui-ci (Gomez H, 1999).

La personne alcoolodépendante ne boit pas nécessairement de l'alcool chaque jour. Ce besoin pressant de boire se manifeste à des horaires et des moments variables selon les individus. Le « risque alcoolique » apparaît dès la consommation de trente grammes d'alcool par jour pour les femmes et quarante grammes pour les hommes (ibid).

Seule la pratique clinique permet de diagnostiquer la dépendance à l'alcool. Dans la statistique suisse des hôpitaux⁵, le terme « dépendance à l'alcool » recouvre les codes diagnostiques de la CIM-10, de F10.2 à F10.9. En font partie, entre autres, le syndrome de dépendance à l'alcool (un groupe de phénomènes d'ordre comportementaux, cognitifs et physiques, lesquels se développent à la suite d'une consommation immodérée et continue d'alcool) ou le syndrome du sevrage.

D'après le chiffre de la statistique suisse des hôpitaux, en 2007, ce diagnostic a été fait quotidiennement 1,7 fois auprès de jeunes et jeunes adultes, soit environ 600 personnes. Le 60% étaient des garçons et le 40% des filles (ibid).

L'alcoolodépendance est une maladie chronique à évolution progressive se présentant par des symptômes tels qu'une envie irrésistible de boire malgré des conséquences fâcheuses sur la vie sociale, affective, professionnelle ou sur la santé. C'est l'incapacité du sujet à s'abstenir de consommer sous peine de souffrance physique et/ou psychique. On ne parle plus d'alcoolique mais de trouble biopsychosocial ou de maladie alcoolique multifactorielle. L'alcoolodépendance est due à une relation de cause à effet comprenant 3 points⁶ :

- L'alcool;
- L'environnement;
- L'individu.

⁵CHUV, service d'alcoologie : http://www.chuv.ch/cta/cta_home/cta_alcool/cta_alcool_dependance.htm, consulté le 18.09.2012

⁶ CHUV, service d'alcoologie : http://www.chuv.ch/cta/cta_home/cta_alcool/cta_alcool_dependance.htm, consulté le 18.09.2012

Divers traitements favorisent la prévention d'une rechute dans l'alcool. Cela signifie que cette maladie ne se guérit pas complètement. C'est pourquoi les alcoolo-dépendants devenus abstinents ne devraient plus boire une goutte d'alcool.

En Europe occidentale et en Amérique du Nord, on estime que 10% des hommes et 5% des femmes souffrent de dépendance à l'alcool selon l'Association américaine de psychiatrie (ibid).

Outre la pratique clinique, le diagnostic d'alcoolo-dépendance est posé lorsque trois des critères cités ci-dessous, définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS), au moins sont remplis⁷ :

- Un désir puissant de prendre de l'alcool;
- Une difficulté à contrôler la consommation;
- Une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives;
- Un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue;
- Une tolérance accrue;
- Un syndrome de sevrage physique.

L'alcoolo-dépendance est donc une toxicomanie. Le dictionnaire Larousse illustré 2012, définit ce dernier terme comme : « Habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique. ».

2. Alcoolo-dépendance et genre

Pour débiter ce chapitre, il faut savoir qu'une personne alcoolique sur trois est une femme et qu'une femme sur cinq a un problème d'alcool. Il met en lumière la différence de vision que porte la société entre l'alcoolisme masculin et l'alcoolisme féminin, les représentations véhiculées par celle-ci ainsi que des conséquences de cette stigmatisation sur les femmes alcoolo-dépendantes.

En effet, dans la représentation de la société, boire accentue l'identité masculine. Une femme buvant comme un homme est rejetée par celle-ci. Une étude menée par Serge Clément et Monique Membrado (2001) (cité In Gausso L, 2004) intitulée : « Comment les médecins définissent-ils l'alcoolisme ? » met en évidence que les médecins ne définissent jamais un alcoolisme masculin. Il est logique que lorsqu'on parle d'alcoolisme, ce sont des hommes dont on parle. L'alcoolisme des hommes est perçu comme une conséquence perverse d'une trop forte intégration sociale, celui des femmes au contraire, comme la conséquence d'une trop faible intégration sociale ou d'un problème psychiatrique. Il enlève l'image de la féminité, de la beauté et de la fertilité. Les femmes consomment clandestinement, dans la culpabilité, l'alcoolisme

⁷ Addiction Suisse, 2013, « Dépendance à l'alcool », consulté le 30.12.2012, <http://www.addictionsuisse.ch/infos-und-fakten/alkohol/folgen/abhaengigkeit/>

féminin étant l'objet d'une stigmatisation beaucoup plus importante que celle de l'homme (Gaussot L, 2004).

Les femmes commencent souvent à boire afin de surmonter une détresse psychologique ou simplement pour le plaisir de la fête. A consommation égale d'alcool entre hommes et femmes, le taux d'alcoolémie de celles-ci est de 30% supérieur à celle des hommes. Si elles répètent l'abus d'alcool, elles sont entraînées plus vite que les hommes dans une dépendance chronique (Uehlinger C, Tschui M, 2003).

La société porte un regard très négatif et stigmatisant sur les femmes qui boivent, mais démontre une grande tolérance pour les hommes. Cette vision de la société, fait ressentir à ces femmes dépendantes de la honte et de la solitude. De plus, étant sensibles au jugement des autres, elles s'enferment dans leur dépendance et consomment en cachette, toutes classes d'âges et classes sociales confondues : « [...] C'est le cas pour la femme au foyer comme pour la femme cadre d'entreprise, qui s'abstient prudemment de boire avec excès (...), mais continue de s'alcooliser à domicile » (Uehlinger C, Tschui M, 2003, p 52, 53). Devant trouver de nombreuses stratégies et de nombreuses ruses afin d'éviter que leur problème de consommation ne soit découvert, elles s'épuisent énormément. De plus, l'entourage d'une femme souffrant d'alcool-dépendance se doute peu souvent de l'étendue de ses manœuvres et des souffrances qui en découlent (ibid). Amélie⁸, 40 ans, enseignante en secondaire et abstinente depuis six ans a témoigné dans le nouvelliste du lundi 14 octobre 2013, en marge de la 21^e Convention des Alcooliques Anonymes. « Mon alcoolisme ne se voyait pas. Je donnais le change et j'avais l'image d'une miss-qui-gère-tout. Si les gens savaient... ». Cet extrait de témoignage met bien en évidence le fait que la femme alcoolique met en place diverses stratégies afin de cacher son problème de consommation et pointe le décalage entre ce que vit et ressent la personne malade et ce que la société perçoit d'elle.

En résumé, la femme alcoolique vit dans la solitude, la honte et dans le mensonge, devant maintenir et montrer une image positive d'elle-même afin de répondre au rôle que la société exige d'une femme, d'une mère.

⁸ Prénom d'emprunt utilisé dans l'article du Nouvelliste du 14 octobre 2013 intitulé : « Alcoolisme : ce fléau sans sexe, ni profession »,

3. Les causes de l'alcool-dépendance

Les causes de l'alcool-dépendance sont diverses et touchent plusieurs dimensions de l'être humain. L'ouvrage de Uehlinger et Tschui (2003, p 28), « Quand l'autre boit », nous fait part des diverses causes influençant l'abus d'alcool comprenant les dimensions de l'alcool, de l'individu et de l'environnement :

- Les caractéristiques personnelles de la personne;
- Facteurs extérieurs : éducation, climat familial perturbé, milieu socioprofessionnel;
- Les propriétés psychoactives de la substance;
- Divers événements de vie : événements tragiques, troubles psychiques, abandon;
- L'hérédité.

L'ouvrage de Blandine Faoro-Kreit (2006) souligne que beaucoup d'études soutiennent l'idée que l'héritabilité de l'alcoolisme est génétique. En effet, le taux de transmission héréditaire est élevé, soit entre 52% et 64%. Selon Cotton (cité In Faoro-Kreit, 2006), une personne alcoolique sur trois compte au moins une personne alcool-dépendante parmi ses parents. Un problème de dépendance à l'alcool ou à des drogues est deux fois plus risqué chez les enfants d'alcooliques.

Toutefois, il ne faut pas mélanger la transmission génétique et la transmission culturelle. En effet, il est communément reconnu qu'un enfant élevé dans un milieu où l'alcool prend beaucoup de place va influencer sa consommation future (ibid).

Des études ont été menées pour ne pas confondre ces deux composantes, mais je ne traiterai pas de cela dans ma recherche.

4. Les conséquences de l'alcoolisme

Les conséquences de l'alcoolisme sont d'une part sociales et familiales et de l'autre médicales. Ces sphères sont développées ci-dessous.

4.1 Conséquences sociales

Arrivée à un certain stade d'alcool-dépendance, toute personne est touchée par la précarité, quel que soit son niveau intellectuel, son statut social ou familial de départ.

La personne souffrant d'alcool-dépendance n'entreprend généralement pas de démarches de soin lorsqu'elle s'imagine pouvoir gérer sa consommation d'alcool. De plus, la honte de parler de son problème ne favorise pas cette démarche (Gomez H, 2003, p 69). L'étude britannique menée par l'organisme DEMOS soutient ces propos affirmant : « [...] qu'en dépit de la très grande fréquence de l'alcoolisation excessive

au sein des familles, très peu de parents trouvent la force de faire appel aux services spécialisés de soutien et de prise en charge contre la dépendance à l'alcool. ».⁹

Françoise Kündig, responsable du secteur social de la section vaudoise de la Croix Bleue, animatrice d'un groupe espace femme et auteure d'un ouvrage, 2011, intitulé : « Alcool, amour, haine, récits de femmes », note dans son interview accordé au nouvelliste¹⁰ en date du 14 octobre 2013 que les mères de famille hésitent à avouer leur problème de dépendance par peur de perdre la garde de leurs enfants.

D'autres problèmes peuvent se manifester selon la situation personnelle de la personne touchée par un problème d'alcool (Gomez H, 2003, p 69) :

- Mise en demeure familiale ou professionnelle;
- Sanction pénale pour conduite en état d'ivresse : perte d'autonomie;
- Licenciement;
- « Clochardisation » à domicile ou retour chez un parent : la protection apportée par la famille cache la « précarisation »;
- Perte ou menace de perte affective;
- Séparation, divorce, enquête sociale, retrait de garde des enfants;
- Surendettement, interdiction bancaire et mise sous tutelle.

Pour qu'une personne songe à un traitement, il faut que plusieurs de ces conséquences s'additionnent afin d'éveiller la conscience.

Françoise Kündig note aussi dans son interview accordée au nouvelliste¹¹ ce qui suit : le 80% des conjoints fuient le couple une fois l'alcoolisme de leur partenaire découvert. Les femmes, au contraire, sont très nombreuses à rester aux côtés de leur mari afin de les aider à surmonter leur problématique. J'observe donc que les conséquences de l'alcoolisme peuvent différer selon le sexe de la personne.

4.2 Conséquences médicales

Les conséquences médicales de l'alcoolisme peuvent être nombreuses et touchent autant la personne dépendante qu'un fœtus d'une femme enceinte étant alcoolo-dépendante.

L'ouvrage de Gueibe R (2008, p 24-38), « L'alcoolisme au quotidien, de la consommation agréable à la dépendance », consacre un chapitre aux conséquences médicales de l'alcoolo-dépendance, lesquelles sont traitées ci-dessous :

⁹ Service de la santé publique du canton du Valais, 2013, « Alcool quel est donc le bon exemple que doivent montrer les parents ? », (consulté le 13. 09.2013), <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Alcool-quel-est-donc-le-bon-exemple-que-doivent-montrer-les-parents>

¹⁰ Nouvelliste du 14 octobre, 2013, « Alcoolisme : ce fléau sans sexe, ni profession », p 2 et 3

¹¹ Nouvelliste du 14 octobre, 2013, « Alcoolisme : ce fléau sans sexe, ni profession », p 2 et 3

- **Effets physiologiques :** l'alcool modifie le fonctionnement de notre cerveau. Par exemple, nos réflexes diminuent, notre perception des distances se modifie. Il est à noter qu'un verre d'alcool standard, servi dans les bistrot, correspond à une alcoolémie d'environ 0,20 grammes par litre dans le sang.¹² Le comportement d'une personne change après l'ingurgitation de 1 gramme par litre, soit environ avec cinq verres d'alcool standard. Elle peut se désinhiber et présenter des signes d'excitations psychomotrices, et/ou se sentir plus à l'aise dans les contacts sociaux. Au-delà de 2 grammes, le consommateur ne contrôle plus bien la coordination de ses mouvements, a des troubles de la vigilance et de la pensée. Son élocution est laborieuse. A 3 grammes, la personne peut s'endormir, et, 4 grammes peuvent entraîner le coma voire la mort.

Toutefois, selon le genre, les personnes ne réagissent pas de la même manière à l'alcool. En effet, il est plus nocif et moins toléré par les femmes. L'explication est la suivante : le corps de la femme possède plus de tissus adipeux et moins de liquide que celui de l'homme. L'alcool, lui, se dissout plus facilement dans l'eau que dans la graisse. A poids et consommation égale, la concentration d'alcool dans le sang est en principe plus élevée chez la femme que chez l'homme.¹³

- **Effets gastro-entérologiques :** c'est la consommation chronique d'alcool qui entraîne ce type de problèmes. En effet, elle détruit le foie et entraîne la cirrhose qui, elle, peut mener à la mort du consommateur. Des problèmes au niveau du pancréas (pancréatite) ainsi qu'au niveau de l'œsophage peuvent se manifester. Le risque de cancer chez les personnes alcooliques est dix fois supérieur à la moyenne.
- **Effets neurologiques :** l'alcool peut bloquer la mémoire, empêcher les souvenirs. Il dégrade également la qualité du sommeil. Lors de la prise chronique de celui-ci, il provoque chez le consommateur des symptômes de jambes lourdes, des difficultés à la marche, douleur à la plante des pieds. Il s'agit de neuropathie ou encore de polynévrite. Des risques de démences existent.
- **Effets psychiatriques :** la prise d'alcool chronique peut agir comme « déprimeur » et favoriser le passage à l'acte suicidaire du malade bien qu'il ne soit pas suicidaire hors consommation.
- **Effets sur la femme enceinte et son bébé :** le bébé d'une mère qui boit durant la grossesse peut souffrir du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF). Si la mère a consommé de l'alcool durant sa grossesse et si elle était dépendante, l'enfant, à sa naissance, présentera des syndromes de sevrage. L'enfant victime de SAF possède des traits particuliers du visage : la lèvre supérieure est amincie, le sillon mal dessiné entre la lèvre supérieur et le nez, la région maxillaire aplatie et des paupières courtes. On constate aussi chez ces enfants un retard du

¹² Objectif route, 2010, « boire ou conduire... », (consulté le 1.12.2013), <http://objectifroute.wordpress.com/2010/06/16/alcool/>

¹³ Addiction Suisse, 2011, « L'alcool dans le corps-effets et élimination », (consulté le 1.12.2013), http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alcool_corps.pdf

développement intellectuel et de la croissance, des problèmes d'alimentation, de sommeil, de langage et de perception de l'environnement.

4.3 Conséquences sur le fonctionnement familial

Lorsqu'une personne alcoolique vit en famille, toute la dynamique familiale change. En effet, selon l'ISPA¹⁴, l'entourage de la personne alcoolique s'adapte à ses comportements et adopte un rôle spécifique en fonction du membre de la famille touché. L'entourage vit au rythme de l'alcoolique et s'y adapte. Le monde tourne donc tout autour de lui et de sa consommation. Ce fonctionnement peut se répercuter sur la vie pratique et matérielle, mais aussi sur la vie affective et relationnelle de la famille sans oublier les problèmes financiers pouvant s'y ajouter.

4.4 La Co-dépendance

Avoir une personne alcoolo-dépendante au sein de sa famille peut rendre la vie difficile. Afin de rendre la situation plus viable, l'entourage assume les responsabilités délaissées par la personne consommatrice. Pour la protéger, l'entourage peut par exemple téléphoner à sa place pour excuser son absence. Ces comportements permettent au problème d'exister et de continuer et n'améliorent en aucun cas la situation. Les personnes se voulant aidantes finissent par s'épuiser et ont le sentiment de ne plus exister en dehors du problème de la personne dépendante.¹⁵ Autrement dit, le · la conjoint · e du malade alcoolique et l'entourage, « doivent résoudre la difficulté d'accepter l'alcoolique comme un individu autonome et cesser d'avoir le regard fixé sur lui, pour se regarder lui-même agir » (Gomez H, 1999, p 52).

Ces mécanismes ont pour conséquence une appropriation du problème de la personne dépendante, ce qu'on appelle la co-dépendance. Elle touche plus particulièrement le · la partenaire d'une personne dépendante mais peut aussi concerner les parents, enfants, amis, collègues, et plus fréquemment les femmes que les hommes.¹⁶

¹⁴Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, (2006), « Guide à l'usage des professionnels, Enfant vivant avec un parent dépendant à l'alcool. Repérer et agir. ». Lausanne, p 5

¹⁵ Addiction Suisse, 2013, « Le risque de la co-dépendance », (consulté le 10.05.2013), <http://www.addictionsuisse.ch/aide-et-conseil/un-de-mes-proches-consomme/la-codependance/>

¹⁶ Addiction Suisse, 2013, « Le risque de la co-dépendance », (consulté le 10.05.2013), <http://www.addictionsuisse.ch/aide-et-conseil/un-de-mes-proches-consomme/la-codependance/>

5. Conséquences de l'alcoolisme parental sur l'enfant

Ce chapitre fait état des conséquences possibles de l'alcoolisme parental sur l'enfant et souligne un problème délicat de négligence et/ou de maltraitance pouvant émerger de cette problématique.

5.1 Conséquences générales

Addiction Suisse¹⁷ a estimé que, dans notre pays, environ plusieurs dizaines de milliers d'enfants vivent dans une famille où l'un des parents est dépendant à l'alcool. Les enfants ne s'y sentent pas en sécurité et ressentent quotidiennement de la peur, de la honte, de la culpabilité et de l'isolement. Bien souvent ils n'en parlent guère par loyauté envers leur famille et portent cette souffrance toute leur vie.

Beaucoup d'études, Sullivan (1899), Miller et Jang (1977), Lund et Landesman-Dwyer (1979) (cités In Vitaro F, Carbonneau R, Assad J-M, 2006) ont démontré d'autres conséquences de l'alcoolisme parental sur les enfants, les voici :

- **Problèmes extériorisés :** tempérament difficile, hyperactivité, impulsivité, agressivité, opposition ou troubles du comportement;
- **Problèmes intériorisés :** troubles émotionnels, anxiété, dépression;
- **Difficultés cognitives et retards scolaires;**
- **Problèmes d'adaptation.**

Le risque que les enfants rencontrent des problèmes augmente lorsque les deux parents sont alcooliques et qu'ils souffrent de problèmes de santé mentale comme la dépression ou l'antisocialité. De plus, ces enfants rencontrent entre trois et neuf fois plus de risques d'être exposés à leur tour à un problème d'alcoolisme (Vitaro F, Carbonneau R, Assad J-M, 2006, p 20).

Les conséquences possibles sur l'enfant sont très nombreuses. De plus, il a été constaté que « les professionnels eux-mêmes font du déni quant aux conséquences de l'alcoolisme sur les enfants, car les consommateurs font beaucoup de résistance et cela se propage dans tout le réseau soignant et accompagnant la personne dépendante ». Par conséquent, « il est donc important de défaire les tabous et les loyautés familiales autour de l'alcoolisme, afin d'apporter l'aide adéquate aux enfants qui vivent dans ces systèmes pathologiques » (Conférence « La famille au risque de l'alcool », 2012).

L'ISPA¹⁸ invoque le droit de l'enfant à être aidé. En effet, il affirme que « Quel que soit son âge, et même adulte, l'enfant d'un parent alcoolique a besoin d'aide, que son parent ait ou non entrepris lui-même une démarche de soin. On peut penser que si le parent arrête de boire, s'il le décide ou si l'enfant quitte sa famille, tout s'arrange. La souffrance et les ressentiments restent présents; l'enfant, quelle que soit sa situation,

¹⁷ Addiction Suisse, 2013, « Les enfants dans une famille d'alcoolique », (consulté le 20.07.2013), <http://www.addictionsuisse.ch/themes/publics-cible/enfants/dans-une-famille-alcoolique/>

¹⁸ Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2004, « Enfant dans une famille d'alcoolique », (consulté le 20.07.2013), <http://www.prevention.ch/enfantfamillealcoolique.htm>

doit pouvoir se déculpabiliser et recevoir un soutien, adapté à son âge, d'une personne de confiance ou d'un professionnel. »

Je relève donc l'importance de ne pas oublier l'enfant dans ses besoins. Cependant, chaque enfant ne vit pas la situation de la même manière et les conséquences ne sont pas pareilles pour tous les enfants. Cela dépend de son implication dans les relations familiales, de son âge, de sa capacité de résilience et du soutien qu'il trouve (Landry V, L'aventure. M, 2010, p 13).

5.2 Alcool-dépendance et maltraitance

Au 19^{ème} siècle, on désirait protéger les enfants des villes des familles « dégénérées », envahies par l'alcoolisme et la misère. Pour cela, les enfants étaient déplacés dans des fermes à la campagne, le but étant de les placer dans un lieu sain et moral (Chatonay B et Van der Borgh F, 2010, p.21). De nos jours, cette politique a bien changé. D'ailleurs, l'article 9 de la convention internationale des droits de l'enfant invoque le droit de l'enfant de vivre avec ses deux parents.

L'OMS a défini tous les facteurs de risques qui peuvent conduire à la maltraitance de l'enfant. Ces facteurs peuvent dépendre de l'enfant et/ou du parent et de son contexte relationnel, communautaire et social. L'abus d'alcool ou de drogue en fait partie. Mais je cite aussi les difficultés financières, chômage, violence au sein de la famille, toxicomanie, etc. Etre un enfant de moins de 4 ans et être un enfant non désiré sont tous deux des facteurs de risques de maltraitance. Un enfant maltraité devenant adulte risque lui-même de développer divers troubles comportementaux, physiques et psychiques tels que propension à commettre des violences ou en subir, dépression, tabagisme, obésité, comportement sexuel à risque, grossesse non désirée, alcoolisme et toxicomanie¹⁹.

D'après les éléments théoriques et mon expérience professionnelle, je peux affirmer que les problèmes d'alcoolisme entraînent des problèmes relationnels et des difficultés financières. Je souligne donc la probabilité d'être négligeant et/ou maltraitant avec son enfant étant alcoolique.

L'OMS affirme que les programmes efficaces sont ceux qui apportent un soutien aux parents et leur apprennent à être de bons parents. C'est exactement ce que fait le centre parental « Air de Famille » en France (Chatonay B, Van der Borgh F, 2010). Il s'occupe de protéger l'enfant avec des parents dans l'insécurité psychologique (dépression, alcoolisme, etc.) et sans travail stable.

Il met en avant la prévention précoce et la protection du lien père, mère et enfant. L'ouvrage de cette institution qui s'intitule « protéger l'enfant avec ses deux parents » nous livre, tout au long des témoignages, l'importance de ne pas placer

¹⁹ Organisation mondiale de la santé, 2010, « la maltraitance des enfants », (consulté le 08.10.2012), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html>

l'enfant mais de renforcer le lien familial et la nécessité d'être soutenu, en collaboration avec d'autres partenaires, dans différentes dimensions :

- projet de couple;
- parentalité;
- soutien au logement;
- santé;
- gestion du budget;
- formation, emploi;
- famille élargie;
- partenariat avec les crèches, etc.

Son grand principe est que, pour protéger l'enfant, il faut en premier lieu protéger le parent, d'où la prise en charge de toutes les dimensions citées ci-dessus. Les auteur·e·s préconisent une prise en charge du couple dysfonctionnel avant la naissance de l'enfant. D'ailleurs, John Bowlby a déjà démontré en 1951 la nécessité d'un travail de prévention avec le couple afin de traiter en amont les risques de négligence et/ou de maltraitance sur l'enfant (Chatonay B, Van der Borgh F, 2010, p 92). La protection de l'enfant passe par une action plus profonde (plus que le retrait du droit de garde) auprès des couples et des familles afin qu'il puisse se développer dans un cadre familial plus structuré et sécurisant, condition même de sa maturation psychique et affective (Chatonay B, Van der Borgh F, 2010, p 48).

Il nous rappelle également que les centres spécialisés n'incluent pas souvent le père.

L'organisme britannique DEMOS met en avant dans sa recherche intitulée « Alcool : quel est « le bon exemple » que doivent montrer les parents ? » la nécessité d'axer les actions visant à diminuer le fléau de l'alcoolodépendance par « [...] une nouvelle stratégie de prévention ainsi que de communication et d'information auprès des familles ou des parents, combinée à l'identification précoce de la présence d'une dépendance et le soutien aux parents concernés quand leurs enfants sont encore jeunes. »²⁰

Au regard des éléments développés dans ce chapitre, tout me mène à penser qu'il est vraiment nécessaire que les mères entreprennent la démarche d'un traitement pour préserver leur enfant. Effectivement, une mère alcoolodépendante ne répondra pas correctement aux besoins de l'enfant. En se soignant, elle reprendra sa place de mère et saura l'accompagner adéquatement dans son développement.

²⁰ Service de la santé publique du canton du Valais, 2013, « Alcool quel est donc le bon exemple que doivent montrer les parents ? », (consulté le 13. 09.2013), <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Alcool-quel-est-donc-le-bon-exemple-que-doivent-montrer-les-parents>

6. Bonnes et mauvaises mères

Ce chapitre nous permet de mieux cerner la problématique d'être mère et alcoolodépendante. Il met en avant le concept de parentalité et des devoirs qui s'y rattachent, la perception que la société porte sur ces mères, et vous fait part du vécu de mères dépendantes sur la base d'un reportage intitulé « Mamans de choc ».

Trois axes de la parentalité sont mis en avant dans l'ouvrage de Houzel D (2007), « les enjeux de la parentalité ».

L'exercice de la parentalité : il se déroule à un niveau symbolique. Il comprend les droits et les devoirs attachés aux fonctions parentales ainsi que l'autorité parentale. Il s'applique aussi à la place de chaque membre de la famille, enfant, père et mère, dans l'organisation du groupe, de la filiation et de la généalogie.

L'expérience de la parentalité : cela se réfère à l'expérience subjective de ceux qui sont chargés des fonctions parentales. « C'est le niveau d'analyse qui correspond à l'expérience affective et imaginaire de tout individu impliqué dans un processus de *parentification*. » (Houzel D, 2007, p 115). J'ai compris que cela exprimait la représentation que chaque parent porte sur lui-même dans son rôle de parent, soit de manière consciente mais aussi inconsciente

La pratique de la parentalité : nous parlons ici des tâches incombant aux parents, ou parents de substitution, objectivement observables telles que les soins à l'enfant, les pratiques éducatives, etc.

A la suite de cela, je trouve intéressant d'identifier le regard que les mères alcoolodépendantes portent sur elles-mêmes, dans leur rôle de mère. Se voient-elles comme étant de bonnes mères ou de mauvaises mères dans leur expérience de la parentalité ?

Par le film documentaire « Mamans de choc », diffusé à l'occasion d'une conférence à la Ferme Asile et intitulée « La famille au risque de l'alcool »²¹, j'ai pu me forger une opinion. Ce film retraçait le parcours de trois mères résidant à la fondation « le Relais » à Morges et ayant des problèmes de dépendances, dont l'alcool. En effet, tout au long du court métrage, ces mères nous livrent avec émotion leur vie, leur ressenti, leurs questionnements et leurs émotions. Ce qui m'a marqué dans leurs témoignages est la question qu'elles se posaient et se posent toujours « ai-je le DROIT d'être mère avec un problème de dépendance ? » en ayant elles, un désir profond d'avoir un enfant. Cette question émerge en elles car elles se sentent « jugées », « cataloguées » par la société et « seules au monde ». Ce questionnement sur le DROIT d'être mère fait référence directe à l'exercice de la parentalité. Une des mères relate qu'elles « n'ont pas le droit de péter les plombs » faute de se voir retirer son enfant contrairement à une mère « normale », qui elle ne court aucun risque. Ces mamans, dont les enfants ont été placés expriment également le regret de ne pas assez connaître leur enfant.

²¹Conférence à la Ferme Asile, du 30 novembre 2012, « La famille au risque de l'alcool », Avec la diffusion du film documentaire "Mamans de choc" de Mary Clapasson et en collaboration avec la Villa Flora

Effectivement, trois heures de visite surveillées par semaine ne suffisent pas. Mon hypothèse quant à l'expérience de la parentalité est que ces mères se perçoivent comme de bonnes mères, capables d'exercer leur rôle, mais que la société les en empêche.

La prise d'alcool est perçue différemment selon le sexe de la personne consommatrice. « Une femme alcoolique est une mère dénaturée...un homme alcoolique n'est pas vraiment un homme, lui qui ne sait pas boire « comme tout le monde » » (Gomez H, 2003, p37).

Dans les familles, il existe des normes de genres, des stéréotypes, même dans les familles où les parents sont « irresponsables » ou maltraitants. En effet, le père est là pour montrer l'ordre et l'autorité. Les mères ont un rôle pacificateur et régulateur. Bien que la notion de parentalité vise à neutraliser les rapports entre les sexes, les pères et mères ne sont pas appelés à comparaître au même titre. Dans les faits, ce sont plutôt les femmes, considérées « comme mauvaises mères », qui sont pointées du doigt. Ces femmes, souvent dépressives ou atteintes de troubles psychiatriques, représentent la deuxième cause de placement d'enfants. Elles sont souvent l'objet de regards critiques de la part des professionnels de l'enfance. Une enquête menée par une AEMO (action éducative en milieu ouvert) a démontré que les motifs les plus invoqués pour légitimer un placement d'enfant est lorsque la mère présente des troubles psychiques et/ou des pathologies mentales associées ou non à des conduites de dépendance telles que l'alcoolisme et la toxicomanie (Cardi C, 2007).

Une des femmes rencontrées lors de cette enquête évoquait les nombreux cas de femmes internées ayant des enfants placés, et notait : « C'est ça aussi mon drame et ma frayeur, c'est qu'ils sont très sévères avec nous. Il y a plein d'autres exemples là-bas, l'enfant est retiré, point, on ne cherche pas à essayer de comprendre, non, on préserve l'enfant. » (ibid). L'ouvrage de Gomez H (1999, p 248), « La personne alcoolique » confirme ses dires en rapportant que l'alcoolisation éloigne les enfants de la personne alcoolique. Bien souvent, elle en est juridiquement dépossédée.

Les mères alcoololo-dépendantes telles que celles dont je parle dans ce travail, se montrent comme des mères capables de s'intéresser à leur enfant, chaleureuses et sympathiques. Cependant, « [...] elles sont peu capables de projeter leur *maternalité* dans un projet pour l'enfant au-delà d'un monde d'immédiateté et de proximité. » (Houzel D, 2007, p 93). Ces mères sont souvent confrontées à une incapacité à gérer les ruptures, les projets à long terme et généralement le processus d'individuation de l'enfant. Elles se montrent plus camarades que mères avec leur enfant et cela engendre un déni de la place de l'enfant en tant qu'enfant (ibid). Une étude britannique menée par l'organisme DEMOS a, par sa recherche démontré que la majorité de parents alcoololo-dépendants ou qui abusent de l'alcool n'ont pas conscience des conséquences négatives de leur comportement et de leur pathologie sur leurs enfants.²²

²² Service de la santé publique du canton du Valais, 2013, « Alcool quel est donc le bon exemple que doivent montrer les parents ? », (consulté le 13. 09.2013), <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Alcool-quel-est-donc-le-bon-exemple-que-doivent-montrer-les-parents>

Il est même affirmé que la problématique du parent alcoolique, en l'occurrence ici la mère, prend toute l'énergie. En effet, les professionnels, la famille, etc. se concentrent sur la maladie de la personne et oublient l'enfant dans ses besoins. Une autre constatation porte sur le fait que, dans ces situations, on s'occupe de la maladie de la personne dépendante et du placement de l'enfant. On ne s'occupe en aucun cas de la parentalité (Conférence « La famille au risque de l'alcool », 2012).

7. Réseau qui s'occupe d'alcool-dépendance en Valais

Le réseau prenant en charge les problèmes de dépendance en Valais est vaste. Cependant, la fondation Addiction Valais est l'organisme responsable de la prise en charge de personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives. Elle comprend cinq centres ambulatoires d'aide et de prévention (CAP), et quatre institutions résidentielles : les Foyers Rives du Rhône et François-Xavier Bagnoud, Via Gampel que je décrirai brièvement ci-dessous et la Villa Flora que je développerai plus en profondeur étant une des composantes de ma recherche.²³

Les autres acteurs du réseau, mais moins spécifiques pour cette problématique seront également exposés de manière concise.

7.1 Les Foyers Rives du Rhône et F-X Bagnoud²⁴ :

Ces deux foyers accueillent toute personne ayant terminé la scolarité obligatoire touchée par des problèmes de dépendances et troubles associés. L'abstinence, dès l'admission, est une condition fondamentale à la prise en charge. Les résidents y viennent soit de leur plein gré, soit sous le conseil de leur famille, d'un médecin, des services sociaux ou judiciaires. Ils offrent quinze places de thérapie par foyer.

L'objectif final de la cure est la guérison de la dépendance et des troubles associés. Le résident aura donc retrouvé la santé dans son ensemble : la santé physique, affective, mentale et spirituelle. Pour y parvenir, les éducateurs veulent trouver avec le résident concerné les causes déclencheuses de la toxicodépendance et les traiter en conséquence en ré-harmonisant le corps, le cœur et l'esprit par « la connaissance de soi » qui est une philosophie du foyer.

7.2 Via Gampel²⁵:

C'est une institution qui aide les personnes ayant un problème lié à l'alcool, aux médicaments, aux jeux ou à l'ordinateur. Elle accompagne également l'entourage des usagers. Leur expérience dans le traitement de ces problématiques montre qu'il existe plusieurs façons pour s'en sortir. Leur offre de traitement est donc adaptée à chaque personne en fonction de sa problématique et flexible dans la durée.

²³ Clerc Berod. A, 2008, « Bilan 2002-2007 d'indice de gravité d'une toxicomanie au sein de la LVT, (consulté le 22.09.2012), http://cms.lvt.ch/Upload/addictionvalais/Annexes/1079_IGT_brochure_synthese_Fr.pdf

²⁴ Foyers Rives du Rhône, 2012, (consulté le 28.09.2012), <http://www.rivesdurhone.ch/?page=conditions>

²⁵ Addiction Valais, 2012, (consulté le 28. 09.2012) <http://www.addiction-valais.ch/?page=Institutions>

7.3 La villa Flora ²⁶:

7.3.1 Pour qui ?

La Villa Flora est un centre de traitement de la dépendance, non-médicalisé, qui accueille des adultes, hommes et femmes, souffrant d'une dépendance physique et/ou psychologique à l'alcool dès l'âge de 20 ans en général. Il n'y a pas de limite d'âge supérieure. Selon les cas, elle accueille aussi des personnes dépendantes aux drogues ou aux médicaments.

L'entrée à la Villa Flora doit être un choix volontaire découlant d'une prise de conscience personnelle, de pressions de l'entourage, ou de contraintes judiciaires. Toutes ces personnes doivent connaître un minimum de français afin de pouvoir s'exprimer oralement et comprendre ce qui leur est dit et doivent être autonomes physiquement.

7.3.2 Mode de prise en charge :

Le modèle de traitement de la Villa Flora est un modèle de traitement bio-psycho-social qui s'inspire de la thérapie en **douze étapes des Alcooliques Anonymes (AA) et des Narcotiques Anonymes (NA)**.

Ce modèle envisage la dépendance comme une maladie en soi et non comme la conséquence d'autres pathologies.

D'autres outils sont utilisés tels que l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers, la Thérapie Cognitivo-Comportementale selon le Dr Charles Cungi et

L'approche motivationnelle de Di Clemente et Prochaska, sujet qui sera abordé ultérieurement.

Toutes ces références conduisent la Villa Flora à privilégier une culture d'ouverture dans laquelle les partenaires :

- cherchent ensemble la solution;
- améliorent une situation à partir du défaut;
- créent synergie et partenariat.

La limite principale du traitement est la MOTIVATION de la personne.

En effet, si quelqu'un n'est pas décidé à s'investir dans le traitement, de manière à pouvoir rester abstinent et en vue d'un mieux-être, ce type de traitement est contre-indiqué.

7.3.3 Le traitement à la Villa Flora

Il existe 3 sortes de traitement et la post-cure.

- **Le traitement intensif** sur du court terme dure de 5 à 8 semaines. Il s'adresse aux personnes encore insérées. Ce traitement se fait à titre préventif : il vise à préserver l'insertion familiale et professionnelle. C'est aussi un traitement

²⁶ Villa Flora, 2012, (consulté le 28. 09.2012), <http://www.villaflorasierre.ch/infos/index>

motivationnel qui vise à la prise de conscience et à la responsabilisation de la personne et informe sur le réseau. L'objectif de ce traitement, qui dure entre 125 et 280 heures de traitement, est la désaccoutumance.

- **Le traitement à moyen terme** dure 8 semaines plus 1 à 4 mois. Il est conseillé pour les personnes fragiles, isolées, sans tissu relationnel. L'objectif vise à la stabilisation émotionnelle et psychique et la ressocialisation (gestion des loisirs et des relations) en environ 100 heures de traitement par mois, selon la situation personnelle du client.
- **Un autre traitement à moyen terme** dure 8 semaines plus 1 à 7 mois. Il s'adresse aux personnes sans logement et/ou sans emploi adapté. L'objectif de celui-ci est la réinsertion. Les moyens déployés pour atteindre ce but sont la recherche et la mise en place d'un cadre de vie et d'activités professionnelles et/ou non professionnelles adaptées.
- **La post-cure** pour une durée de 11 mois. Elle s'adresse à toute personne ayant terminé son traitement résidentiel. L'objectif est de renforcer l'abstinence, parler de re-consommation et de faire le lien avec le réseau.

N'ayant pas perçu de distinction entre le terme de « traitement » et le terme de « cure » sur le descriptif de la Villa Flora, je continuerai donc à utiliser ces deux termes tout au long de cette recherche.

7.3.4 Les objectifs du traitement :

Le traitement proposé vise plusieurs objectifs permettant à la personne de se rétablir de sa maladie :

- Intégration du concept de dépendance-maladie (selon l'OMS);
- Prise de conscience des mécanismes de la dépendance;
- Mise en œuvre de nouveaux comportements et apprivoisement de l'abstinence puis de la sobriété;
- Acquisition de la capacité à reconnaître ses émotions et à les exprimer;
- Développement de l'autonomie par une implication et une responsabilisation croissante dans les diverses activités du programme;
- Mise en place d'un réseau d'aide professionnel et bénévole, implication des proches dans la démarche;
- Ré-apprivoisement progressif de la vie à l'extérieur;
- Recherche d'un logement et d'un emploi adapté aux besoins si nécessaire.

Selon les résultats publiés par Addiction Valais²⁷, en 2011, l'alcool (59,5%) est le 3^e problème lors de l'admission après le tabac et le cannabis (71,4%). Voici le tableau plus détaillé :

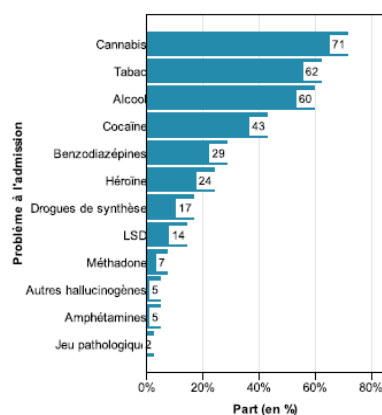


Tableau 1 : part en % des problèmes rencontrés lors de l'admission en 2011 dans les différents centres d'Addiction Valais (plusieurs réponses possibles)

Nous voyons donc que la consommation de cannabis est la cause la plus fréquente d'une admission dans les différentes structures d'addiction Valais. De plus, c'est une drogue illégale contrairement à l'alcool et au tabac. Le tabac, en deuxième position, n'a pas de conséquence dévastatrice au contraire de l'alcool. J'ai donc choisi l'alcool-dépendance en observant toutes les répercussions de celle-ci autant sur la personne consommatrice et la famille ainsi que pour sa légalité, sa banalisation ainsi que pour son aspect culturel.

7.3.5 Statistiques concernant la population de la Villa Flora

Les statistiques ci-dessous²⁸, datant de 2011 nous démontrent que, lors de l'admission à la Villa Flora, 14% des usager·ère·s vivent avec le·la conjoint·e et les enfants et que 38% ne vivent qu'avec leur enfant.

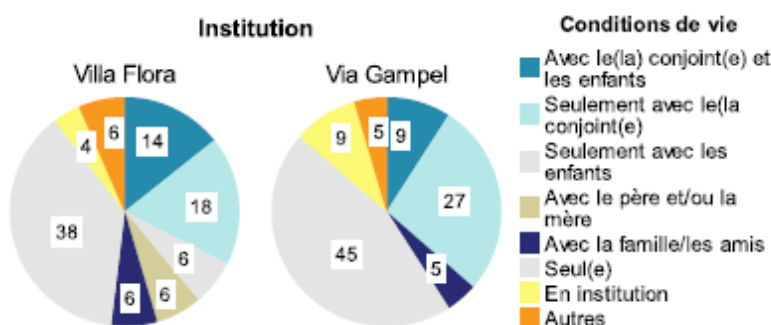


Tableau 2 : répartition de la clientèle (en %) selon ses conditions de vie au moment de l'admission dans le secteur résidentiel alcool en 2011, selon institution

²⁷ Addiction Valais, 2011, « Rapport statistique 2001 », consulté le 30.12.2012, http://cms.addiction-valais.ch/Upload/addiction-valais/Annexes/Rapport_statistique_2011.pdf

²⁸ Addiction Valais, 2011, « Rapport statistique 2001 », consulté le 30.12.2012, http://cms.addiction-valais.ch/Upload/addiction-valais/Annexes/Rapport_statistique_2011.pdf

Sachant que la part des femmes s'élevait à 31,3% cette année-là, je me questionne sur le pourcentage de femmes possédant les caractéristiques ci-dessus, donc des mères alcool-dépendantes ayant suivi un traitement à la Villa Flora.

Ne trouvant pas de statistiques sur le nombre de mères alcool-dépendantes en Suisse et en Valais, j'ai passé un appel téléphonique à Addiction Valais afin de me renseigner sur ce chiffre. Il en est ressorti que ces statistiques n'ont jamais été vues et que si des statistiques existent, elles ne se révéleraient pas représentatives de la réalité, le sujet demeurant encore très tabou à ce jour.

En 2011, 79 séjours ont été poursuivis jusqu'au terme à la Villa Flora dont 28,9% représentent des femmes. La statistique suivante indique qu'en 2011, 70% des client-e-s ont poursuivi leur traitement à la Villa Flora jusqu'à la fin contre 28% décidant de l'interrompre.

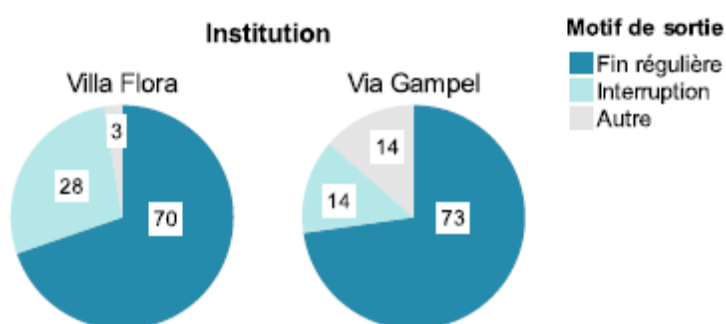


Tableau 3 : répartition (en %) des principaux motifs de sortie du secteur résidentiel en 2011, selon institution

7.4 Le CADD²⁹ :

Le centre d'accueil pour adultes en difficulté ne fait pas partie de la fondation Addiction Valais. C'est une association de droit privé reconnue d'utilité publique, située à Saxon dans le Valais Central. Il prend en charge les personnes, hommes ou femmes, de 18 à 60 ans souffrant de troubles psychiques et au bénéfice d'une rente AI. Il admet aussi des personnes soumises au régime de privation de liberté à des fins d'assistance (art.397 CCS). Il accueille des cas pénaux comme une mesure de traitement institutionnel spécifique pour les toxicomanes (art. 59 CPS) et de jeunes adultes souffrant de troubles graves de la personnalité (art. 60 CPS).

C'est la seule institution valaisanne de placement qui prend en charge ces problématiques indifféremment et l'alcoolisme en fait partie.

7.5 Autres acteurs du réseau

D'autres institutions s'occupent de problèmes de dépendance, mais de manière indirecte. « Pramont » accueille en résidence des mineurs ayant entre autres des

²⁹ Centre d'accueil pour adultes en difficultés, 2012, (consulté le 28.09.2012), <http://www.caad-valais.ch/>

problèmes de dépendance. L'hôpital de Malévoz prend en charge les personnes dépendantes pour des cures de sevrage. Le CCP (Centre de compétences de psychiatrie et de psychothérapie) à Martigny et le département de psychiatrie à Brigue offrent conseils, accompagnements et thérapies ambulatoires. L'APCD (l'association des personnes concernées par les problèmes liés à la drogue) à Martigny accueille des parents ayant des enfants concernés par la drogue.³⁰ Le réseau comprend également les AA (les alcooliques anonymes) qui est un groupe de parole pour personnes alcooliques, Al-Anon qui est un groupe de parole destiné aux conjoints des alcooliques ainsi qu'Alateen qui est destiné aux enfants et adolescents de familles alcooliques (ibid).

8. Motivation, résistance et dynamique de changement

Ce chapitre définit les notions de changement et de motivation par lesquels les alcooliques doivent passer. Il s'intéresse aussi au phénomène de résistance et de déni qui empêchent ces personnes de s'immerger dans une dynamique de changement. Il explique également le modèle psychosocial sous l'angle de la motivation ainsi que les grands principes de l'approche motivationnelle et de l'entretien motivationnel.

8.1 Généralités sur le changement et la motivation

Qu'est-ce que le changement ?

Selon le cahier de formation à la motivation du Centre Dollar Cormier, p 28, « Le changement est le produit d'une balance entre les avantages et les inconvénients reliés à la situation donnée. Ce n'est pas leur nombre qui importe mais la pondération personnelle que l'individu accorde à chacun de ces éléments. ».

C'est un processus exigeant qui demande de faire preuve d'énergie, de persévérance et d'avoir une certaine capacité à se projeter dans le temps et de s'adapter face aux divers obstacles.

La résistance au changement fait partie intégrante du processus de changement. Chez l'être humain, le principe d'homéostasie vise à maintenir un équilibre, même malsain, jusqu'à ce que la balance se renverse vers un nouvel équilibre. Il ne s'avère pas facile de « changer » car cela évoque implicitement que l'on n'est « pas correct » dans le moment actuel. Un recadrage est régulièrement obligé pour intégrer les nouveaux objectifs et maintenir la congruence interne (ibid).

Freins et moteurs à entrer en traitement

Dans leur pratique, Uehlinger C et Tschui M (2003, p 120), « Quand l'autre boit », ont repéré divers discours, reportés ci-dessous, concernant la motivation des usagers à entreprendre un traitement :

- La peur du changement peut être un frein à la motivation de la personne à entreprendre un traitement;

³⁰ Coordination intervention suisse info drog, 2012, « Nombre d'institutions : 16 », (consulté le 26.09.2012) <http://www.infodrog.ch/index.php/recherche.html?interface=frmap>.

- « J'ai été arrêté sur la route lors d'un contrôle. Je n'avais plus le choix. C'était la prison ou l'abstinence.»;
- « Ma femme m'a dit que si je n'arrêtais pas de boire, elle me quittera »;
- « La dernière fois que j'ai bu, j'ai cru que j'allais mourir. Je sais que si je continue, je finirai par y passer. »;
- « Si je n'arrête pas de boire, ils me prendront mes enfants. »;
- « J'ai bu pendant vingt ans, il est temps d'arrêter. ».

A partir de ces affirmations et de la théorie apparaissant au chapitre 6 « bonne et mauvaise mère », j'émetts l'hypothèse que les mères alcoolo-dépendantes décident d'entreprendre un traitement par peur de se faire retirer leurs enfants. C'est leur principale motivation.

Afin de pouvoir entreprendre un changement, quel qu'il soit, il est essentiel de tirer de celui-ci un maximum d'avantages ou d'aspects agréables et un minimum d'inconvénients, soit d'aspects désagréables, ce qui s'appelle la balance décisionnelle. Sur la balance, le positif doit l'emporter sur le négatif afin de s'ouvrir à une perspective de changement. Il est bien mis en évidence ci-dessus, dans la motivation des personnes à arrêter de boire, que chaque personne énonce un argument la motivant à cesser de consommer, propre à son vécu très négatif. Cette notion est à mettre directement en lien avec l'approche motivationnelle de Prochaska et Di Clemente incluant différents stades développés ci-dessous au chapitre 9. A chacun de ceux-ci, la motivation au changement n'est pas semblable ainsi que la vision du positif et du négatif.

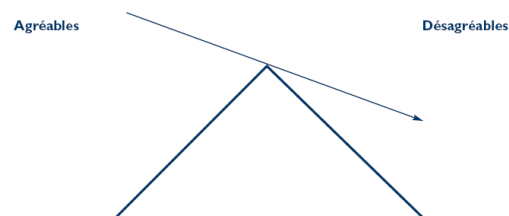


Tableau 4 : schéma de la balance décisionnelle : (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p35)

8.2 La motivation dans la relation d'aide

Dans la relation d'aide, nous parlons plus d'un processus motivationnel que de motivation. Celle-ci est une énergie variable et dynamique sur laquelle on peut agir. La motivation appartient à la personne et il n'est pas possible d'en donner à quelqu'un qui n'en possède pas. En ce sens, l'intervenant·e est un acteur·trice important·e dans le processus d'aide. « Son rôle est de mettre en place des éléments qui vont aider à démarrer, à supporter et consolider la motivation chez la personne en processus de changement » (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p8). La motivation au changement est liée à la perception de l'ampleur et de la nocivité du comportement en cause. Le point déterminant repose sur le sentiment de compétence de modification du comportement de la personne.

Il est important de distinguer le type de motivation de la personne : la motivation au « changement » et la motivation au « traitement ». En effet, une personne peut vouloir changer ses comportements, habitudes ou son mode de vie, mais peut ne pas être en accord avec le type d'aide. L'intervenant doit donc s'assurer que le traitement proposé corresponde aux valeurs de la personne, ses objectifs et ses capacités. Je me demande donc si la prise en charge de la Villa Flora effraie ces mères alcoolodépendantes ou si elle correspond à leurs valeurs.

La question de la motivation apparaît au professionnel·le, lorsque, lors de la relation d'aide, il·elle est face à des situations où l'intervention semble stagner, difficile et dans une impasse (ibid). Une phrase m'a aussi beaucoup interpellée : « Le non-alcoolique a toujours cherché à isoler des signes lui permettant de préciser en quoi l'alcoolique diffère de lui. Le jour où il cherchera à mieux savoir en quoi il lui ressemble, il sera en mesure d'entrer en relation avec lui à travers sa souffrance et bien avant le scandale. » (Jean Rainaut cité In Gaussoit L, 2004, p 65).

Comme dit dans l'ouvrage de Gomez H (1999, p 174), « La personne alcoolique », il ne faut pas chercher à forcer le malade à entreprendre un projet thérapeutique. La décision doit venir de lui. Si la demande de soins paraît trop incertaine, pleine de préjugés et de refus partiels, il est préférable d'envisager que le traitement se révélera inefficace pour le moment et de le dire au client. Sa motivation doit bien être existante et réelle.

8.3 Le modèle bio-psycho-social et la motivation

Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la Villa Flora, son modèle de traitement est le modèle bio-psycho-social.

Ce modèle a été inventé par Georges Libman Engel, un psychiatre américain. Théoriquement, il est défini comme « une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. » Ces trois sphères doivent être prises en compte également, sans prépondérance. Ne s'occuper que d'une seule de ces dimensions ne serait pas concluant. Dans ce modèle, le mot « psychologique » se réfère aux processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux. La participation active du patient est essentielle pour l'application de ce modèle car il a été observé que les croyances et attentes du patient influencent directement les résultats des traitements.³¹ Cela rejoint le fait que le patient doit être motivé pour entreprendre un traitement et être prêt à changer. Comme mentionné ci-dessus, la motivation au changement est liée à la perception de l'ampleur et de la nocivité du comportement en cause. Le point déterminant repose sur **le sentiment de compétence de**

³¹ BERQUIN.A, 2010, La revue médicale Suisse, « le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », (consulté le 06.10.2012), <http://rms.medhyg.ch/numero-258-page-1511.htm>

modification du comportement de la personne. La personne doit se sentir compétente pour accéder au changement, c'est sa confiance en elle-même et ses capacités qui lui permettent d'aller de l'avant et de s'investir dans le traitement. De plus, comme mentionné au point 1.4, on ne parle plus d'alcoolisme mais de trouble biopsychosocial.

8.4 La résistance

En psychanalyse, la résistance se définit comme : « Manifestation du refus du sujet de reconnaître un matériel inconscient » (Larousse, 2012).

Dans l'approche motivationnelle, la résistance est envisagée « comme le produit de l'interaction entre le thérapeute et son client. » (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p22). Ce sont les réactions du malade aux pressions des soignants et « [...] seraient même postérieures à leurs interventions qui se veulent pourtant motivantes. » (Phaneuf M, 2006, p7).

Elle n'est pas considérée comme du déni ou un signe pathologique, mais comme « le produit du processus normal de changement de comportements complexes. » (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p22).

En effet, l'utilisateur atteint avec plus ou moins un haut degré de résistance. Ce degré est plus haut si la personne est forcée comme un mandat de justice par exemple. Elle a plus de chance de se manifester si la personne sent qu'elle perd de sa liberté. Brehm et Brehm (1981) (cités In Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal) ont dénommé cette réponse la « réactance ». L'approche motivationnelle aide à dépasser ce type de résistance.

Le professionnel peut augmenter ou diminuer la résistance du patient selon ses réponses. La confrontation, l'argumentation ou la persuasion favorise la résistance. Selon Miller et Rollnick, (1991), (cités In Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal) la réponse qu'apporte le professionnel est très critique car les hauts niveaux de résistance sont associés à des résultats moins favorables dans le traitement de l'alcoolisme. L'essentiel est la manière dont le professionnel s'investit dans le processus et « conceptualise » les objectifs du client. Pour exemple, la résistance sera très forte si le professionnel surinvestit les objectifs du changement alors que le client est dans le stade de l'ambivalence. Au contraire, si le professionnel n'a pas d'attente quant à l'objectif final, il n'y a pas de résistance, mais aussi peu de résultats. « Une part d'investissement du thérapeute est donc souhaitable parce qu'un thérapeute sans opinion à propos des conduites auto-destructrices échouerait à inspirer confiance et optimisme chez le client perturbé (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p22). En conclusion nous pouvons dire que le professionnel doit s'investir de manière appropriée tout en gardant à l'esprit la possibilité que son client ne veuille pas changer.

La question qui se pose maintenant est comment travailler avec des personnes faisant preuve de résistance ?

Dans l'approche motivationnelle, les principales valeurs sont l'esprit d'égalité et d'acceptation de l'autre. Le cynisme et la manipulation en sont bannis. Deux outils sont principalement utilisés dans cette approche.

1. Les réponses reflets :

Le reflet amplifié : le professionnel choisit d'amplifier le reflet de ce qui fait l'objet d'une forte résistance comme par exemple : « Cesser de boire vous fera sans doute perdre tous vos amis. » Cette méthode permet à l'usager de trouver lui-même des arguments pour le changement et non le professionnel. Elle vise aussi à ne pas s'orienter vers une lutte de pouvoir mais vers le changement.

Le double reflet : il consiste à refléter un argument pour et un argument contre dans la même proposition en les joignant par un « et ». Par exemple : « vous aimeriez réduire votre poids et vous trouvez difficile de trouver du temps pour faire de l'exercice ». Cela montre la contradiction entre le comportement du client et l'objectif visé (ibid).

2. Les réponses stratégiques :

Le but est de changer la dynamique de la discussion. Le rôle du professionnel est de mettre en évidence le choix du client, ou son propre rôle de guide dans le changement. Seul le client lui-même peut décider de changer. Le professionnel peut investiguer les barrières réelles à sa liberté de choix et se centrer explicitement sur le choix du client. Il doit se montrer curieux du confort et de l'inconfort de ses décisions (ibid).

8.5 Le déni

Le déni est en médecine et plus spécifiquement en psychanalyse « le refus d'admettre une réalité qui est perçue comme traumatisante ». L'exemple le plus connu est celui de la personne alcoolique déniaient son intoxication.³² Il peut être un mécanisme de protection psychologique (Gaussot L, 2004).

Autrement dit, « le déni est le refus de reconnaître une réalité extérieure qui risque de traumatiser. En psychanalyse, ce terme a été employé pour la première fois en 1924 par Freud. Pour lui, le déni était apparenté à une psychose se caractérisant par un rejet de la réalité. Toujours selon lui, c'est un mécanisme permettant de défendre le moi du petit enfant contre l'angoisse provoquée par la découverte de la différence des sexes : l'enfant refuse d'admettre la réalité et continue à croire à l'existence d'un pénis chez le sexe féminin afin de se protéger de l'angoisse de castration. »³³

L'ouvrage de Gaussot L, 2004, p 69, « Modération et sobriété » qualifie le déni comme « [...] le refus de se rendre à l'évidence...des autres ». Cette définition rejoint celle du dictionnaire des drogues (Richard et Senon, 1999) (cité In Gaussot L, 2004, p 69) : « De nos jours, le terme de déni s'utilise de façon générale pour définir le refus par le

³² Vulgaris médical, 2012, (consulté le 14 février 2012), <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/deni>

³³ Vulgaris médical, 2012, (consulté le 14 février 2012), <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/deni>

sujet d'admettre et de reconnaître que des actes, des faits, des désirs ou des propos lui appartiennent en propre et/ou lui sont imputables. »

Il est souvent difficile de comprendre pourquoi des personnes ayant des problèmes d'alcool nient l'évidence. Pour expliquer cela, on évoque souvent la honte, la culpabilité, ou le sentiment de faute. On peut aussi l'expliquer en mettant en avant que « Se reconnaître alcoolique amènerait le buveur à croire personnellement et à avouer aux autres qu'il est ce que lui-même (Monsieur tout le monde) pense des alcooliques (ou pensait jusque-là) : des êtres méprisables, monstrueux. » (Gaussot L, 2004, p 76). Selon Goffman, cela est une stratégie rationnelle : « Etant donné le grand avantage qu'il y a à être considéré comme normal, quiconque, ou presque, est en position de faire semblant n'y manquera pas l'occasion » (cité In Gaussot L, 2004, p 76). Le dictionnaire des drogues affirme que cette tendance du sujet à dénier sert à prouver ses capacités d'autonomie (cité In Gaussot L, 2004, p 78). Effectivement, tant que le buveur arrive à échapper au médecin et à la cure, il passe pour quelqu'un de « normal », voire pour un bon vivant, rôle beaucoup plus facile à endosser que celui d'alcoolique (Gaussot L, 2004, p61).

8.6 Les cinq principes de l'approche motivationnelle

Cette approche développée en 1991 par Miller et Rollnick (cités In Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal) vise à renforcer la motivation, à changer un comportement inadapté. Elle permet d'explorer et résoudre l'ambivalence pour se concentrer sur le changement (ibid, p 27).

Cinq principes sont essentiels dans cette méthode :

- **Montrer de l'empathie** : l'empathie aide l'utilisateur à s'ouvrir et à se dévoiler. Il s'agit d'essayer de comprendre ce qu'il vit avec une attitude non moralisatrice.
- **Faire ressortir les discordances** : il s'agit de parler des conséquences et de mettre en évidence les sentiments contradictoires. Les discordances perçues et exprimées par l'utilisateur, entre sa situation actuelle et la situation désirée, laisse parfois place à une anxiété bénéfique au changement.
- **Eviter l'argumentation** : elle risque de provoquer la résistance et le déni
- **Composer avec la résistance**
- **Favoriser le sentiment de compétence personnelle** : il s'agit de mettre en avant les efforts, les succès et de renforcer l'idée que les actions mises en œuvre ont un impact significatif.

8.7 L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) a été évoqué pour la première fois en 1983. Il a d'abord été développé pour traiter la dépendance à l'alcool. Il s'est vite propagé et est utilisé pour de multiples situations cliniques telles que l'addiction, l'alimentation, l'exercice physique, les maladies chroniques, le tabagisme, etc. Il est né de la convergence entre la science et la pratique (Fortini C, Daeppen B, 2010).

L'entretien motivationnel (EM) est une conversation autour du changement

- L'EM a une finalité particulière;
- L'EM est une collaboration entre le professionnel et l'utilisateur;
- L'EM soutient l'autonomie du patient;
- L'EM est orienté vers un objectif;
- L'EM favorise l'évocation;
- L'EM a recours à des compétences de communication particulières;
- L'EM est attentif à certaines formes de langage;
- L'EM répond au discours-changement de façon spécifique;
- L'EM répond à la résistance de façon spécifique.

9. L'approche motivationnelle de Di Clemente et Prochaska

Comme déjà mentionné, la Villa Flora s'inspire, entre autres, pour sa modalité de traitement, de l'approche motivationnelle fondée sur la motivation de l'individu.

Di Clemente, Prochaska et Norcross, tous trois psychologues, professeurs et chercheurs se sont intéressés à comprendre comment nous pouvons changer de façon intentionnelle, surtout si une situation ou un comportement entraîne une souffrance pour la personne qui va dès lors chercher à sortir de cet état (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L, p25).

Aucune théorie n'a su répondre à leur questionnement. Ils ont donc essayé d'identifier, dans les différentes approches thérapeutiques connues, les mécanismes présentés comme facteurs de changement.

Neufs mécanismes en sont sortis :

- La prise de conscience;
- L'émergence émotionnelle;
- Le contexte supportant le changement;
- L'engagement personnel;
- Les relations aidantes;
- L'autoévaluation;
- Le renforcement;
- Le contrôle de l'environnement;
- Les activités de substitution.

Afin de continuer leur recherche, ils ont interrogé des personnes qui ont réussi des changements de leur propre chef, sans aide extérieure, comme arrêter de fumer par

exemple. Grâce aux réponses obtenues, ils ont déduit que « **le changement se fait à travers des étapes** bien identifiables qui forment une **séquence obligatoire mais non linéaire** » (ibid, p 25-26).

C'est un modèle « **trans-théorique** », qui a été testé sur des milliers de personnes dans des domaines très variés et prend en compte tous les processus de changement possible. C'est un modèle descriptif qui n'explique pas l'origine des comportements (dépendance), n'explique pas pourquoi certains individus changent et d'autres pas. Cependant il a permis une autre approche dans l'intervention :

- L'intervention mise davantage sur les forces et les compétences de l'individu plutôt que de cibler ses faiblesses et limites;
- Les traitements sont adaptés aux besoins individuels en opposition aux traitements standards;
- L'individu en demande d'aide participe à son processus. Il ne se soumet pas simplement aux propositions des professionnels;
- Les thérapeutes font preuve d'une attitude humaine et empathique en opposition au pouvoir et à l'autorité.

Cette recherche démontre que ces étapes ne sont pas passées en une seule phase et se franchissent différemment selon les capacités personnelles de la personne et des facteurs environnementaux.

Prochaska, Di Clemente et Norcross ont également mis en lumière le lien entre les **processus** de changement cités-ci-dessus et les **stades** de changement : « certains **processus sont plus efficaces à un stade** particulier et moins à une autre. » Cependant cela n'est pas linéaire. Chacun des processus permet de débloquent une situation qui semble dans l'impasse, en faisant progresser la personne à l'intérieur de son processus (ibid). Il n'existe pas de recette unique pour prendre la route de l'abstinence : autant de malades, autant de cheminements (Gomez H, 1999, p 174).

Voici ces propos illustrés :

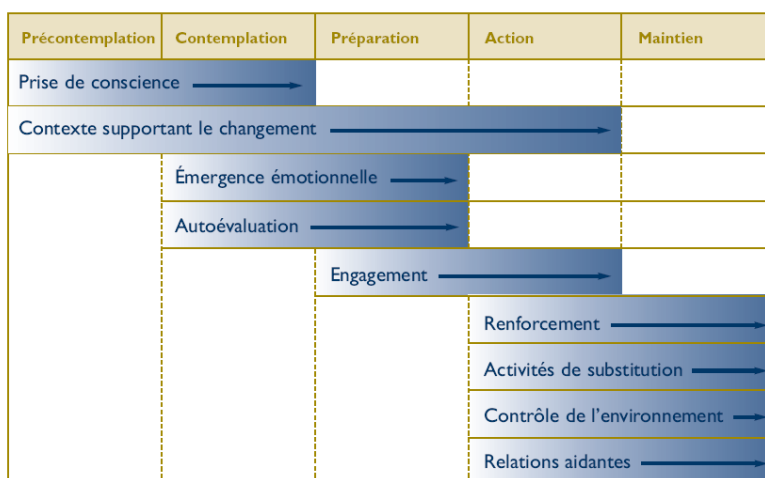


Tableau 5 : étapes du processus de changement

Les stades qui suivront, soit la pré contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien, sont issus du cahier de formation à la motivation intitulé « La motivation, quelque chose qui se construit » du Centre Dollars-Cormier, institut universitaire sur les dépendances situé au Canada, p 31 à 37.

9.1 La pré contemplation :

A ce premier stade, l'individu est plus ou moins conscient de sa problématique mais n'a pas suffisamment conscience des conséquences de ses actes ou ne veut pas les voir. La personne résiste à l'information la concernant ou l'ignore volontairement par peur d'être touchée émotionnellement. Sa consommation, à cette étape, lui procure plus d'avantages que d'inconvénients. Elle ne voit pas qu'elle a un problème et pense que ce sont les autres qui en ont un. L'alcoolique ne demandera pas d'aide mais le fera si elle subit des pressions extérieures notamment par la famille, l'employeur, etc. Sous la menace, elle s'investira peu dans la démarche et, dès que celle-ci cessera, elle ne s'investira plus du tout. C'est à ce stade qu'il y a le plus de risque d'abandon de la démarche.

Discours typique du client :

- « Je n'ai pas de problèmes »;
- « Je me demande ce que je fais ici »;
- « Je ne vois pas pourquoi je devrais changer ma façon de consommer »;
- « Je consulte pour faire plaisir à mon conjoint· e. ».

9.2 La contemplation :

C'est l'étape de l'ambivalence, ce qui signifie que l'individu veut changer et en même

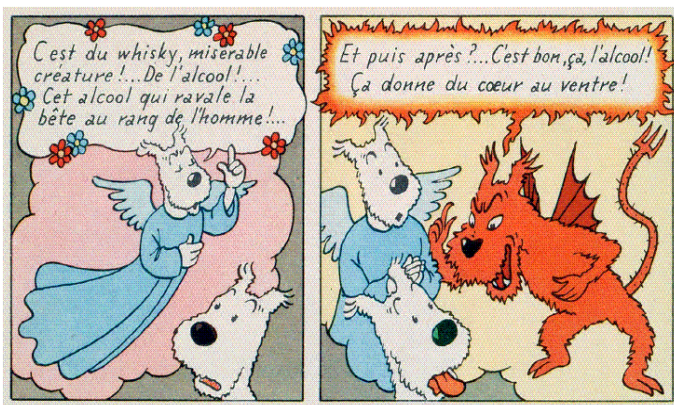


Image 2 : <http://www.google.ch/imgres?imgurl=x-raw-image>

temps ne veut pas. Il a besoin de comprendre ce qu'impliquerait le changement pour lui en explorant toutes les possibilités. Il est conscient de sa problématique, est en souffrance et pense réellement à changer sans forcément concrétiser. « La personne peut passer beaucoup de temps à « contempler » le changement sans passer à l'action. » (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L, p32).

Discours typique du client (ibid) :

- « J'aimerais changer, mais ce n'est pas évident. »;

- « Il y a des jours où je me dis que je devrai faire quelque chose puis d'autres jours,...non »;
- « Il me semble que je n'ai pas un si gros problème »
- « Je n'ai jamais d'énergie pour jouer avec mes enfants, ma consommation m'a éloigné d'eux. ».

9.3 La préparation (ibid p 36) :

La personne n'a souvent pas encore résolu toute son ambivalence. Elle doit encore définir des buts et priorités. Elle peut, à cette étape, avoir procédé à de petits essais de changement. Elle a rassemblé beaucoup d'informations, tire des apprentissages de son passé et se sent prête à passer à l'action dans un futur proche. Souvent, elle fait le pas lors d'un événement marquant tel un décès, un problème de santé, etc. ou grâce à une accumulation d'incidents qui éveille la conscience et renforce la décision.

Discours typique du client :

- « Je ne peux plus continuer ainsi, il est temps de faire quelque chose. »;
- « Je vais essayer »;
- « A bien y penser, j'ai peut-être plus à gagner ».

9.4 L'action

La personne passe à l'action afin de surmonter ses difficultés. Son but est d'effacer le comportement problématique et de le remplacer par un comportement qui lui procure davantage de satisfactions que le précédent. Pour y parvenir, elle modifie son comportement, ses expériences et son environnement. Elle utilise toutes les stratégies qu'elle connaît pour atteindre son but. Elle a besoin d'un bon encadrement afin d'activer les stratégies les plus pertinentes et les plus efficaces. Cette étape est la plus difficile car elle demande beaucoup d'énergie et d'efforts. Cependant, elle se révèle très gratifiante car elle est directement liée au sentiment d'efficacité personnelle.

Il ne faut pas oublier ou laisser pour compte les deux étapes précédentes nécessaires à la mise en route de celle-ci. En effet, elles ont permis à la personne de prendre conscience de ses émotions, de son image, de ses pensées et soutiennent l'action.

Discours typique du client :

- « Je m'aperçois que je change, je suis plus positif »;
- « Je trouve que ça va mieux autour de moi, les gens sont plus attentifs à moi »;
- « J'ai recommencé le sport et j'ai du plaisir ».

9.5 Le maintien

À cette étape, l'individu possède des réussites concrètes, il a changé son mode de vie. Le comportement insatisfaisant a été modifié et il repère ses sources de satisfaction et

de frustration. Il est responsable de lui et sait davantage comment agir pour améliorer sa qualité de vie.

Ces changements doivent impérativement être consolidés pour éviter des retours en arrière ou des rechutes de consommation. En effet, l'ancien comportement n'a pas complètement disparu et l'envie d'y retomber peut être tentante.

La personne doit continuellement rester en action pour maintenir son nouveau mode de vie. Cette période peut durer de 6 mois à une année, voire plusieurs années.

En cas de rechute la personne a honte, peur, se décourage et s'auto-dévalorise.

9.6 L'intégration

Cette étape vise au maintien du nouveau comportement d'une manière stable dans le temps. Cependant, il n'existe aucune garantie à ce que la personne ne rechute pas et retourne dans « son vieux schéma ». Quatre critères permettent de vérifier la stabilité du changement chez l'individu.

- Une nouvelle image de soi : la personne ne se définit plus uniquement par son expérience de consommation.
- Une plus grande confiance en soi : elle reconnaît sa vulnérabilité face aux produits, mais a besoin de faire moins attention qu'auparavant pour éviter la tentation. Elle se sent plus libre.
- Un style de vie plus sain : la personne se sent bien avec ses nouvelles habitudes de vie, elle ne se sent plus « privée » si elle ne consomme plus.
- Une meilleure forme psychologique : la personne ne combat plus contre un comportement problématique mais pour un mieux-être. Elle possède de l'énergie pour améliorer sa vie (ibid).

Pour atteindre ces objectifs, il faut stimuler la motivation au changement de la personne en lui proposant des moyens concrets pour résister à la tentation de boire et en lui faisant découvrir les avantages de l'abstinence dans la vie privée et professionnelle (Uehlinger C, Tschui M, 2003, p 118,119).

10. Conclusion

Je retiens de cette recherche théorique le tabou lié à l'alcoolisme, notamment chez les femmes ainsi que les conséquences sociales, familiales et médicales engendrées sur la personne consommatrice, son entourage et sur les enfants.

J'ai trouvé intéressant de travailler sur le sujet des mères alcoolo-dépendantes car j'ai pu observer que ce sujet est, de nos jours, encore très tabou et cette maladie a de graves répercussions sur les enfants des mères consommatrices.

Pour changer et intégrer un nouveau mode de vie dans l'abstinence qui passera probablement par la phase d'une cure, ces mères devront franchir tous les stades du

modèle trans-théorique du changement et vivre leurs propres expériences liées à chacun de ces stades pour aboutir à une intégration de ce style de vie.

Le sujet restant très tabou, je pense que beaucoup de mères alcoolodépendantes ne font pas appel à des professionnel·le·s. Seule la famille proche est au courant de la dépendance, elle s'isole petit à petit et finit par éclater.

Selon moi, une mère devrait se soigner pour elle-même, pour son entourage et surtout pour ses enfants. En effet, ils sont très vulnérables, subissent la situation et se retrouvent avec un développement perturbé. L'enfant n'a pas à adopter un rôle de protecteur, à subir les conflits parentaux liés à la consommation ainsi que l'exposition à la violence. Paradoxalement, il semblerait que ce soit au moment où l'individu anciennement alcoolique cesse de l'être médicalement, ou du moins objectivement (c'est-à-dire cesse de boire), qu'il le devient socialement dans le jugement d'autrui. La cure de désintoxication est un événement ou une information qui permet à la société d'imputer définitivement l'étiquette d'alcoolique à la personne (Gaussot L, 2004).

Questionnement

1. Question de recherche

En premier lieu, ma question de recherche a été précisée lors de l'entretien du 10 janvier 2013 que j'ai eu avec un collaborateur d'Addiction Valais à Sierre. Il m'a confié que beaucoup de mères alcoolodépendantes n'arrivent pas à entreprendre la démarche d'une cure à la Villa Flora. La dernière en date avait mis une année pour être prête à accepter cette démarche. Cela m'a interrogée sur la posture que doit prendre le professionnel. Quelle impulsion pourrait-il donner pour faire accélérer la démarche d'acceptation de celle-ci ?

La question de recherche pour mon travail de Bachelor est basée sur ce constat :

Tous les ouvrages lus et parcourus évoquent la motivation de la personne alcoolodépendante. Comme écrit sur le site internet de la Villa Flora : « *La limite principale du traitement est la MOTIVATION de la personne.* » Cette phrase m'a beaucoup interrogée sur la connaissance des professionnels quant aux motivations et aux freins à l'investissement de ces mères dans un traitement. Comment diminuer cette limite ?

Comme vu ci-dessus, Addiction Valais et la Villa Flora travaillent tous deux la motivation avec leurs usager·ère·s. Ils essaient d'agir sur celle-ci afin de leur faire modifier leur comportement. La décision de changer doit venir de l'utilisateur lui-même et non du professionnel. Je me demande donc quels sont les freins pour ces mères à entrer en cure, quels sont les facilitateurs qui les poussent à entreprendre la démarche ? Existerait-il un moyen de motiver cette population spécifique ? Comment adapter l'entretien motivationnel pour leur donner cette impulsion ? Les professionnels s'y prennent-ils correctement ? Quelles sont les résistances de ces mères ? Autant de questions auxquelles j'essayerai de répondre au fil de ma recherche.

Je m'intéresserai donc dans le modèle trans-théorique du changement selon Prochaska et Di Clemente aux étapes précédant le stade de l'action, soit la pré-contemplation, la contemplation et la préparation. L'objectif est d'identifier les facteurs facilitant ou freinant le passage à l'action, qui est dans ce contexte de décider de se soigner en structure résidentielle, passage souvent nécessaire pour se soigner de sa dépendance. Ce passage à l'action implique que l'utilisateur modifie son comportement, ses expériences, son environnement afin d'effacer le comportement problématique pour le remplacer par un comportement procurant davantage de satisfaction (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L).

A la suite de ces constats, ma question de recherche s'intitule donc ainsi :

« Quels sont les freins et les motivations qui favorisent la prise de décision des mères alcool-dépendantes à entrer en traitement à la villa Flora et à s'immerger dans une dynamique de changement ? »

Voici les mots clés de ma question de recherche :

- Mères;
- Alcool-dépendance;
- Traitement à la Villa Flora;
- Freins;
- Motivation;
- Changement.

Ces termes sont définis et explicités dans la partie théorique.

2. Hypothèses

Les hypothèses apportées ci-dessous sont toutes issues du cadre théorique et visent à comprendre les motivations et les difficultés des mères alcool-dépendantes à entrer en traitement en structure résidentielle. Les voici :

H1: La peur du changement est un frein à la motivation à entreprendre un traitement.

Cette hypothèse signifie que la personne ne se sent pas prête à intégrer un nouveau mode de vie. L'avenir lui fait peur et elle veut s'assurer que le changement qu'elle envisage lui apportera plus de bénéfices que de torts (balance décisionnelle).

La personne doit également posséder le sentiment de compétence de modification du comportement pour se motiver à entreprendre un traitement.

De plus, sans parler de la peur du changement, la honte de parler de ses problèmes d'alcool ne favorise pas le pas vers cette démarche.

La personne n'entreprend généralement pas de traitement car elle s'imagine contrôler sa consommation d'alcool.

H2 : Ces mères sont motivées au « changement » mais pas au « traitement ».

Ces mères ont donc envie de changer, mais « quelque chose » dont elles ne sont pas en accord dans la modalité de traitement, différent selon chaque mère, les freine à faire le pas vers le changement. Mais comment les motiver à entreprendre le changement malgré les barrières qui s'imposent aux professionnel-le-s ?

H3 : les mères alcoolo-dépendantes décident d'entreprendre un traitement par peur de se faire retirer leurs enfants.

Effectivement, j'émetts cette hypothèse ayant expliqué dans la partie théorique que lorsque plusieurs ennuis se multiplient tels que divorce, licenciement, retrait des enfants etc., (Gomez. H, 2003, p 69) elles décident de faire le pas vers un traitement. Je pense que le retrait des enfants est l'élément déterminant pour passer à l'action. Agissent-elles par une réelle motivation ou sous la menace ? Telle est la question que je me pose. Quoi qu'il en soit, ce pas se révèle essentiel pour le bien être de leur enfant, sachant qu'elles ne voient pas ou dénie l'ampleur et la nocivité du comportement en cause sur lui et dénie souvent la place de l'enfant en tant qu'enfant, sachant que souvent elles sont plus « camarades » avec leur enfant que mère (Houzel D, 2007, p 93). De plus, sont-elles conscientes des rôles qu'elles font endosser à leur petit tel que l'enfant « protecteur », l'enfant « parent » comme le fait ressortir l'ISPA dans son article « Enfant dans une famille d'alcoolique »³⁴, rôles qui n'ont pas lieu d'être chez des enfants.

De plus, ces mères ont peur du regard que la société porte sur elles. Elles se sentent jugées, stigmatisées, considérées comme de « mauvaises mères »³⁵. Cela joue-t-il un rôle pour entreprendre ou au contraire refuser un traitement ?

3. Objectifs

Mon travail de Bachelor me permet d'avoir des objectifs personnels autant que des objectifs de recherche présentés ci-dessous.

Objectifs personnels

- Me familiariser avec la méthodologie ;
- Appliquer la méthodologie ;
- Effectuer une recherche dans son intégralité ;
- Approfondir mes connaissances sur la dépendance et la parentalité ;
- Découvrir plus en profondeur l'approche motivationnelle ;
- Comprendre le mécanisme de ces mères alcoolo-dépendantes ;
- Comprendre la prise en charge résidentielle à la Villa Flora ;

³⁴ Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2004, (consulté le 20.07.2013), « Enfant dans une famille d'alcoolique », <http://www.prevention.ch/enfantfamillealcoolique.htm>

³⁵Conférence à la Ferme Asile, du 30 novembre 2012, « La famille au risque de l'alcool », Avec la diffusion du film documentaire "Mamans de choc" de Mary Clapasson et en collaboration avec la Villa Flora

- Identifier les enjeux de l'alcoololo-dépendance sur la famille, l'enfant en particulier.

Objectifs de recherche

- Identifier comment les mères alcoololo-dépendantes perçoivent le lien avec leurs enfants et leur vision quant à leur rôle de mère;
- Identifier les freins qui empêchent une mère alcoololo-dépendante à entreprendre une cure;
- Identifier les facilitateurs et les freins permettant à ces femmes d'accepter d'entrer en cure;
- Comprendre la motivation de celles-ci à entreprendre la démarche d'une cure;
- Identifier ce qu'il manque pour les soutenir durant le traitement;
- Identifier les messages que les professionnels pourraient faire passer à ces mères afin d'essayer de les faire accepter d'entrer en cure.

Méthodologie

1. Choix de la méthode

Etant donné que ma recherche vise à la compréhension des motivations et des difficultés des mères alcoololo-dépendantes à entrer en traitement, l'entretien semblait se révéler l'outil le plus adéquat. Afin de répondre au mieux à ma question de recherche et de vérifier les hypothèses dégagées, j'ai opté pour une recherche qualitative et non-quantitative. J'ai privilégié cette méthode car c'est une démarche de recherche qui permet de comprendre un phénomène, et non de le quantifier ou d'en vérifier l'ampleur comme lors d'une démarche quantitative. De plus, cette méthode permet de poser des questions plus ouvertes (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

Pour ce travail, j'ai interrogé trois mères alcoololo-dépendantes ayant déjà fait une cure à la Villa Flora et une mère ayant fait sa cure au foyer Rives du Rhône afin qu'elles possèdent le recul nécessaire sur leur vécu.

L'entretien est donc mon outil de recueil d'informations qui, selon l'ouvrage de Van Campenhoudt et Quivy (2011, p 174) permet : « [...] un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur. »

J'ai choisi la méthode des entretiens semi-directifs car cette méthode me semblait la plus pertinente pour mon travail. Cette formule a permis à la fois à l'interviewée de s'exprimer librement, de raconter des anecdotes et de se sentir écoutée tout en ayant

un cadre. De plus, ce procédé instaure un cadre plus chaleureux, sympathique et compréhensif sans rapport hiérarchique (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

Pour se faire et obtenir des données utiles, répondant aux hypothèses, il est essentiel d'avoir créé une grille d'entretien, véritable fil rouge, contenant des questions ciblées.

En effet, un recueil d'informations sous forme d'entretien peut être assez vaste. Pour une qualité optimale des résultats de la recherche, il est indispensable de sélectionner les informations nécessaires à la recherche et de mettre de côté les propos sortant de ce champ, aussi intéressants soient-ils.

Lors de ces entrevues, j'ai porté une attention particulière à ne pas m'impliquer dans le contenu de l'entretien, afin de pouvoir recentrer et relancer la discussion si nécessaire tout en laissant la personne s'exprimer le plus librement possible.

2. Construction de la grille d'entretien et test

Comme mentionné au chapitre ci-dessus, la grille d'entretien m'a servi de véritable fil conducteur pour l'interview. Selon Blanchet et Gotman, (2010, p 58) elle est le produit d'un « [...] travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulations des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). »

Pour ce faire, j'ai dans un premier temps noté toutes les questions me venant en tête pour ensuite les regrouper par hypothèses de recherche. Trois moments distincts du processus de changement apparaissaient clairement, soit : avant le traitement, pendant le traitement et après le traitement. C'était donc avec une introduction permettant de mettre mon interlocutrice en confiance, en lui clarifiant les clauses de confidentialité et en précisant les sujets qui seront abordés ainsi que ces trois items, chacun contenant des questions relatives au processus de changement, des facilitateurs et des freins de celui-ci, que ma grille³⁶ a été construite.

Pour chaque partie, des questions générales et des questions plus précises qualifiées de « questions de relance », destinées à l'interviewée, m'ont servi à faire émerger des aspects plus précis non évoqués par mon interlocutrice. Pour clore ces entretiens, un espace de parole libre lui a été destiné.

Le premier entretien faisant partie intégrante de ma recherche m'a permis de vérifier la cohérence de ma grille ainsi que celle de questions amenées. J'ai évalué moi-même, d'un point de vue pratique, la chronologie des questions ce qui m'a amené à inverser deux questions sur l'ensemble de la grille. J'ai également concerté mon interlocutrice afin de savoir si mes questions lui semblaient pertinentes et si elle en aurait ajouté. Seule la modification citée ci-dessus a été nécessaire, la grille étant concluante. Le même questionnaire a été utilisé pour chaque participante.

³⁶ Annexe 1

3. Population cible et terrain

Mon travail de Bachelor cible comme population des mères d'enfants jusqu'à douze ans ayant été alcoololo-dépendantes et qui ont bénéficié d'un traitement résidentiel à la Villa – Flora. L'âge des mères n'a aucune incidence pour mon travail.

Un traitement à la Villa Flora signifie que ces femmes sont entrées dans une dynamique de changement dans lequel les bénéfices de celui-ci devaient être plus grands que les inconvénients, soit la balance décisionnelle. Ces femmes ont donc été en position de produire des réponses à ma question de recherche, notamment sur les difficultés et les facilitateurs à entreprendre un traitement, soit à entrer dans une dynamique de changement, soit d'arrêter de boire.

Je souhaitais donc interroger six à huit femmes ayant terminé une cure dans ce milieu résidentiel. C'était important, à mon sens, qu'elles aient déjà terminé le traitement. En effet, elles ont plus de recul quant à leur vécu et un regard plus objectif sur le processus de changement dans lequel elles sont entrées ainsi que sur l'aide apportée par les professionnel-le-s et/ou leur famille. Les femmes qui sont en pleine démarche de cure cultivent encore beaucoup de déni. Les informations données par celles-ci, étant faussées par ce phénomène, ne seront dès lors pas pertinentes pour ma recherche.

Finalement, quatre mères qui ont terminé leur cure ont été interviewées. Ainsi, elles ont pu se confier à moi avec plus de sincérité et d'objectivité.

J'ai recherché, lors des diverses interviews, les propos les plus représentatifs possibles concernant la problématique de l'alcoolisme afin de voir si les freins et facilitateurs à entrer en traitement sont les mêmes pour toutes les mères dépendantes.

Mes entretiens se sont basés essentiellement sur les freins et les facilitateurs lors de la démarche d'entrée en traitement résidentiel, en faisant ressortir le côté émotionnel.

Le choix de la Villa Flora comme lieu de recherche a été motivé par une de ses approches spécifiques, notamment l'approche motivationnelle développée dans ce travail et par le fait qu'après analyse du terrain, j'ai su que ces mères étaient dirigées vers ce lieu par Addiction Valais afin d'y entamer un traitement et un vrai travail sur elles-mêmes.

Pour accéder à la population cible, j'ai adressé à la Villa Flora un courrier³⁷ faisant part de mes objectifs de recherche, de la population cible recherchée, ainsi que des clauses de confidentialités qui s'y rapportent.

Très rapidement, elle m'a redirigé vers le groupe des anciens de la Villa Flora (ASVF) à qui j'ai envoyé un mail³⁸ avec en annexe la même lettre que celle adressée à la Villa Flora. Très vite, le responsable m'a recontacté pour quelques précisions et m'a donné le nom et le numéro de téléphone de trois mères désirant témoigner. Celles-ci n'ont pas accordé d'importance à l'anonymat, c'est pourquoi je les ai contacté et non

³⁷ Annexe 2

³⁸ Annexe 3

l'inverse comme stipulé dans ma lettre afin de garantir la confidentialité. Cependant, par souci d'éthique, j'ai préservé l'anonymat lors de l'analyse des interviews.

Cette population spécifique étant très difficile d'accès, et n'ayant plus de volontaires du côté du groupe des anciens de la Villa Flora, je me suis adressée au foyer Rives du Rhône dans le but d'élargir mon échantillon. Ayant effectué un stage dans ce lieu, il a été plus facile pour moi de m'adresser à un des responsables à qui j'ai expliqué ma démarche et les objectifs de recherche, dans un premier temps par mail et par la suite par contact téléphonique. Il m'a ensuite rapidement mis en contact avec quelques anciennes résidentes correspondant à mon échantillon et volontaires à participer à ma recherche. Au final, mon échantillon s'élève donc à quatre participantes et non au nombre prévu initialement.

Chaque participante m'a donné l'accord pour les enregistrer. Elles ont défini elle-même le lieu de rendez-vous. Trois d'entre elles ont choisi de me faire venir à leur domicile et la dernière, dans un café. La durée des entretiens variait entre trente minutes et une heure et demie chacun.

4. Méthode d'analyse

Après chaque entretien, une retranscription a été réalisée. Lorsque tout ceci a été fait, il a fallu passer à l'étape suivante, analyser tous les entretiens. Quivy et Van Campenhoudt (2011, p 216) précisent que : « Les méthodes d'analyse de contenu impliquent la mise en œuvre de procédures techniques relativement précises [...] » et que : « Seule l'utilisation de méthodes construites et stables permet en effet au chercheur d'élaborer une interprétation qui ne prend pas pour repères ses propres valeurs et représentations. »

C'est pourquoi j'ai ressorti les thématiques émergeant de chaque interview sur le modèle de l'analyse thématique amenée par Blanchet et Gotman (2010) ainsi que Quivy et Van Campenhoudt (2011) qui produit des résultats se rapportant à la problématique ainsi qu'aux hypothèses de recherche.

Pour ce faire, il a été nécessaire de créer un tableau d'analyse des entretiens permettant de classer les thèmes abordés ainsi que de comparer les similitudes et différences entre chaque entretien.

5. Conclusion

Ma recherche utilise donc l'entretien comme principal outil de travail et est analysée thématiquement.

J'ai interviewé trois mères ayant déjà suivi un traitement à la Villa Flora et une mère ayant effectué une cure au foyer Rives du Rhône, ayant des enfants et/ou adolescent·e·s à cette période. Il s'agit ici d'un groupe de personne restreint qui n'est pas représentatif du vécu de toutes les mères alcool·o-dépendantes ayant décidé d'entrer dans un processus de changement. Chaque réponse est spécifique au vécu de chaque mère et fait ressortir une dimension très personnelle dans le discours. De plus, l'étude serait plus pertinente avec des enfants d'âge similaire. En effet,

nourrissons, enfants ou adolescents ont des besoins spécifiques à chaque catégorie d'âge.

Les mères n'ont pas les mêmes préoccupations à entrer en cure selon le degré d'autonomie de leur enfant. Toutefois, les enfants ont tous besoin (entre autres) d'amour et de sécurité.

Je pense aussi que les entretiens comprennent une grande part de subjectivité, ce qui se révèle déjà une limite pour moi. En effet, chaque personne interviewée me fera part de son point de vue par rapport à ses propres besoins et valeurs. L'échantillon ne sera donc pas représentatif de toutes les mères souffrant d'alcoololo-dépendance mais seulement de celles interrogées.

De plus, les résultats de cette recherche ne sont valables que pour la structure résidentielle de la Villa Flora et ne s'étend en aucun cas à d'autres structures. L'entretien de la mère poly-toxicomane ayant effectué sa cure aux Rives du Rhône permet de comparer et de mettre en avant les similitudes motivant les mères alcoololo-dépendantes à entrer en traitement. Bien que ce dernier témoignage se révèle comme source de comparaison entre mère alcoololo-dépendante et mère poly-toxicomane, ce choix est une limite. En effet, la mère interviewée, anciennement poly-toxicomane, possède ses propres caractéristiques et ne sont certainement pas attribuables à toutes les mères étant ou ayant été dans une situation similaire. En effet, l'intéressée a commencé «l'école de la rue» comme elle le dit, à l'âge de onze ans, et a commencé à se droguer à l'âge treize ans. Les conséquences sur le lien avec sa fille ont donc été non négligeables. Suite à cette constatation, seuls les trois entretiens des mères ayant effectué leur cure à la Villa Flora ont été utilisés dans cette recherche comme base de références et ciblent la problématique de l'alcoololo-dépendance.

De plus, il est difficile de comparer une situation dans laquelle une personne s'alcoolise, acte licite avec une situation dans laquelle la personne se drogue, acte illicite. Les conséquences ne sont donc pas toutes les mêmes et juridiquement parlant, elles sont plus graves chez les personnes toxicomanes car la consommation de drogue est illégale.

L'échantillon choisi me permet d'identifier les mécanismes des mères dépendantes à entrer en traitement sans toutefois pouvoir en faire une généralité.

Cette recherche explore la problématique mais non en profondeur. C'est pourquoi, la confirmation de ces résultats devrait passer par une recherche beaucoup plus étendue impliquant un nombre important de personnes concernées et toutes devraient être ciblées sur l'alcoololo-dépendance uniquement.

L'entretien est une méthode de recueil d'informations. Effectivement, lors de celui-ci, nous recevons une quantité d'informations. Je me suis montrée attentive à suivre les questions guides écrites au préalable et à recadrer le discours si nécessaire afin d'obtenir des éléments d'analyse les plus productifs possible.

Ma recherche fait donc face à des limites dont il faut tenir compte. Le choix de la population est certainement la principale limite compte tenu du tabou entretenu autour des mères alcoololo-dépendantes.

Partie empirique

1. Analyse des données

1.1 Présentation de l'échantillon

Un échantillon de six à huit mères était prévu initialement. Toutefois, l'échantillon final s'élève au nombre de quatre participantes compte tenu du respect du libre choix de participation à la recherche ainsi que des institutions ne désirant pas collaborer dont je garderai l'anonymat. Je me permets aussi de penser que le tabou lié à l'alcoolisme féminin s'est révélé une barrière pour le recrutement. En effet, toutes les participantes m'ont confié la difficulté de l'exercice, celle de se replonger dans un passé douloureux et m'ont fait part du sentiment de honte et de culpabilité dans lequel elle vivait.

Trois de ces mères ont effectué entre cinq semaines et sept mois de traitement à la Villa Flora et toutes affirment qu'il y a un « élément déclencheur » qui les a poussées à le faire. Cela signifie qu'une d'entre elles a suivi le traitement intensif sur du court terme, donc 5 semaines, visant à préserver l'insertion familiale et professionnelle. Les deux autres ont suivi le traitement à moyen terme conseillé pour les personnes fragiles et isolées, visant la stabilisation émotionnelle et psychique ainsi que la ressocialisation. La dernière a, quant à elle, suivi son traitement quatre ans aux Rives du Rhône pour se soigner de sa consommation excessive d'alcool et autres substances.

Sur les quatre mères interrogées, trois d'entre elles m'ont confié avoir élevé seule leur·s enfant·s. Le profil des mères interrogées à la Villa Flora est le suivant. Une de ces mères avait un enfant unique âgé de 7 ans lors de son traitement à moyen terme. Une autre était maman d'un enfant de 10 ans au moment de la cure et de deux autres d'une tranche d'âge entre 25 et 30 ans. La dernière était mère d'un adolescent âgé de seize ans au moment du traitement à court terme mais aussi de deux autres enfants âgés d'une trentaine d'années. Deux de ces mères suivent encore à ce jour la post-cure faisant partie intégrante du traitement et toutes mettent en avant la dimension importante d'avoir un emploi pour se reconstruire. La mère interrogée aux Rives du Rhône avait un enfant unique de moins de dix ans au moment de la cure.

1.2 Eléments de l'analyse

Dans ce chapitre, je vous rapporte les propos des participantes selon les quatre thématiques communes de chaque entretien. Il en ressort plusieurs dimensions dont la perception de l'alcoolisme comme problème identitaire, la thématique du changement et de la motivation ainsi que des facteurs s'y rapportant, le rôle de mère, ainsi que le rôle des professionnels accompagnant ces mères dans le processus de changement.

1.2.1 La perception de l'alcoolisme

Il ressort du discours des mères interviewées à la Villa Flora très clairement ou plus subtilement, que l'alcoolisme relève d'un problème d'estime de soi et de confiance en soi. La mère étant poly-toxicomane à l'époque, montre elle aussi, que la dépendance au produit enlève toute confiance en soi. Afin de pouvoir sortir de la dépendance et du sentiment de mal être dans lequel elles vivent, il est important qu'elles se réapproprient leur estime et leur confiance. Sortir du cercle de la dépendance signifie un investissement personnel conséquent dans le traitement proposé et accepter de se reconstruire en passant par un travail très profond sur son vécu et ses émotions les plus enfouies. Ce discours rejoint la théorie affirmant que la personne n'est pas responsable de sa maladie mais de son implication dans le traitement (Uehlinger C, Tschui M, 2003). Les Rives du Rhône et la Villa Flora sont au cœur de ce type de traitement. En effet, aux Rives du Rhône la dépendance se soigne par une ré-harmonisation du corps, du cœur et de l'esprit avec comme moyen la connaissance de soi. La Villa Flora converge dans ce sens et demande à l'usager de reconnaître ses émotions et de les exprimer. Pour ce faire, la motivation de la personne se révèle capitale et elle doit pouvoir rester abstinente en vue d'un mieux-être. Sans cela, ce type de traitement est contre-indiqué. De plus, un des mécanismes synonyme du changement est l'investissement personnel ainsi que celui de l'autoévaluation, tous deux capitaux et mobilisés lors d'une cure à la Villa Flora ou aux Rives du Rhône (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p25). Le modèle bio-psycho-social souligne également l'importance de la participation active du patient, condition même de ce modèle, car les croyances et les attentes du l'usager influencent directement les résultats du traitement.³⁹

La motivation des mères interviewées était bien présente et toutes ont réussi à s'impliquer dans le traitement proposé et dans le processus de « connaissance de soi » :

- « Parce que c'est vrai qu'en étant dans l'alcool, l'affirmation de soi, l'estime de soi on les perd au bout d'un moment. Alors ça ils nous apprennent petit à petit : savoir dire non, et tout ce genre de trucs pour que justement on ne retombe pas là-dedans. Parce que c'est vrai que c'est un enfer. » (B)
- « Je m'imaginai pas tout ce que ça engendre derrière, tout ce travail sur soi-même, ces émotions, et tout qui est vraiment intense et fort. » (F)
- « Oui, on travaille énormément sur les émotions, l'estime de soi, la confiance en soi, des choses qu'on avait plus. » (F)
- « Même que je suis sortie, je continue encore à travailler sur moi. Là j'ai une thérapeute et je fais de l'hypnose. Je vais continuer ce travail sur moi-même....La clé elle est là... pour mieux avancer. » (F)

³⁹ BERQUIN.A, 2010, La revue médicale Suisse, « le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », (consulté le 06.10 .2012), <http://rms.medhyg.ch/numero-258-page-1511.htm>

- « Mais si on ne s'investit pas dans cette reconstruction, d'aller dans les émotions, de pouvoir les laisser sortir, de les analyser et d'utiliser les outils qu'on a pour s'en sortir, il faut vraiment s'investir et avoir envie de changer et pas croire que plouf c'est comme ça. » (F)

Je relève l'importance de la reconnaissance de l'« alcoolisme » comme maladie, communément rassurant pour les mères interviewées, et mets en évidence le besoin que ces dernières manifestent à préciser que c'est une maladie, une maladie des émotions comme le dit une d'entre elles. En effet, la Villa Flora envisage la dépendance comme une maladie en soi et non comme la conséquence d'autres pathologies qui seraient la cause de la dépendance. Un des objectifs de la Villa Flora vise à ce que l'utilisateur intègre le concept de dépendance comme maladie selon la définition de l'OMS. Les extraits ci-dessous révèlent une bonne intégration de cet objectif pour les mères ayant pris part à ma recherche :

- « [...] et bon l'alcoolisme est une maladie des émotions et moi j'y crois. C'est aussi une maladie honteuse. » (G)
- « Bon mes amis parce que c'est vrai que je me suis toujours dite que je n'étais pas une alcoolique [...] Et ça me fait bizarre et ça me rassure que ce soit une maladie. » (B)
- « Parce que déjà il faut savoir que c'est une maladie, ça ne vient pas comme ça et si on veut on peut la guérir. » (B)
- « Et puis l'alcoolisme est une maladie, mais je crois plus à la génétique en fait parce qu'on est cinq sœurs où mon père était alcoolique où toute sa famille était alcoolique. Sur les cinq sœurs, on est trois à avoir un problème d'alcool. » (F)

Ce dernier extrait nous montre concrètement que le taux de transmission héréditaire de l'alcoolisme est élevé et confirme qu'une personne alcoolique sur trois compte au moins une personne alcoolo-dépendante parmi ses parents. Pour faire une parallèle avec l'extrait ci-dessus, je me questionne quant à une réelle transmission héréditaire. Ne serait-ce pas plutôt une transmission culturelle car, en effet, un enfant élevé dans un milieu où l'alcool prend beaucoup de place va influencer sa consommation future (Faoro-Kreit B, 2006).

En parlant de maladie des émotions, de perte d'identité, de confiance en soi, il est à noter que chacune de ces mères indique qu'elle a appris l'affirmation de soi en traitement. Avant cette démarche, elles n'étaient pas capables de dire non, de s'affirmer, ainsi que de vivre pour elles. Cette réappropriation de la connaissance de soi passe sans aucun doute par la connaissance de soi.

- « [...] j'ai appris à vivre pour moi et pas pour les autres ce qui est difficile pour moi. Les autres passent avant moi et je dois avancer en travaillant sur moi, sur mes émotions. Pour moi je bloque. Il faut que j'avance par rapport cela. » (F)
- « J'étais très timide, l'alcool m'aidait donc à m'ouvrir, m'épanouir à parler et maintenant je n'ai plus besoin de ça pour être bien. Je sais dire non si je n'ai

pas envie, alors qu'avant je n'arrivais pas, je voulais que tout le monde m'aime. » (G)

Ce dernier extrait montre le rôle « bienfaiteur » de l'alcool, soit de permettre de s'ouvrir aux autres, de parler avec les autres, de s'épanouir, l'alcool masquant la timidité et désinhibant la personne. En effet, la personne ne peut contrôler durablement la quantité d'alcool qu'elle consomme car les effets psychiques positifs tels que mentionnés ci-dessus et auxquels peuvent également s'ajouter l'euphorie, l'oubli ou le courage d'affronter une situation redoutable, etc. sont autant de raisons pour lesquelles une personne boit.

1.2.2 Le changement

La motivation des mères interviewées à changer met en lumière plusieurs axes, soit le fait de changer dans sa globalité, les motivations ainsi que les freins intervenant dans le processus de décision à entrer à la Villa Flora ou dans un autre milieu résidentiel, ainsi que le rôle des enfants, de l'entourage, des professionnels et du réseau dans le processus de changement.

Dans cette recherche, le changement signifie la prise de décision à entrer en cure, soit de cesser de consommer ainsi que tous les facteurs permettant de maintenir ces mères dans cette dynamique, soit de ne pas rechuter dans la dépendance.

Dans un premier lieu, il ressort que pour changer il faut accepter d'être « alcoolique » donc ne pas être dans le déni. Le déni définit le refus du sujet d'admettre et de reconnaître que des actes, des faits, des désirs ou des propos lui appartiennent (Gaussot L, 2004). Toutefois, dénier est stratégie rationnelle permettant d'être considéré comme normal et quiconque est en position de faire semblant ne manquera pas l'occasion (Ibid). Tant que la personne ne reconnaît pas ses actes, changer n'est pas possible. Nous percevons donc bien deux des neuf mécanismes de changement présentés par Norcross, Prochaska et De Clemente soit la nécessité que la personne prenne conscience de sa situation et qu'elle décide de s'engager personnellement dans le traitement.

Le sentiment de honte, de faute ou de culpabilité favorise le déni. Toutes ces mères ont confirmé qu'elles désiraient vivement changer sauf que ce n'est pas si facile. En effet, cela évoque implicitement que l'on n'est « pas correct » dans le moment actuel (Centre Dollar Cormier, cahier de formation à la motivation) :

- « Pour changer, il faut accepter, ne pas être dans le déni et là si on accepte cela c'est déjà un grand pas. J'ai l'impression d'être comme un enfant qui a appris à marcher. » (B)
- « Oui je voulais changer, en tous cas pas avoir cette dépendance, par contre je m'imaginais pas tout ce que ça engendre derrière, tout ce travail sur soi-même, ces émotions, et tout ce qui est vraiment intense et fort. Je ne voulais plus être comme ça. » (F)

- « Entre l'envie et accepter, il y a la nuance. Mais en même temps je crois que l'envie de changer était quand même là. J'avais envie de faire autre chose que de me détruire pendant toute ma vie et voilà. » (L)

Dans un deuxième lieu, toutes les participantes m'ont fait part de leur perception de leur consommation comme étant « une passade » et de leur certitude à pouvoir s'en sortir toute seules, à changer toute seules, sans aide extérieure. Effectivement, la personne souffrant d'alcool-dépendance n'entreprend en principe pas de démarches de traitement lorsqu'elle s'imagine pouvoir gérer sa consommation d'alcool (Gomez H, 2003). De plus, l'étude britannique menée par l'organisme DEMOS souligne que peu de parents vivant dans l'alcoolisation excessive trouvent le courage de se rendre aux services spécialisés de soutien et de prise en charge contre la dépendance à l'alcool.⁴⁰ Il en va de même pour l'ancienne mère toxicomane interviewée.

Accepter d'entrer en cure signifie endosser le rôle « d'alcoolique » alors qu'auparavant la société lui attribuait plus facilement le rôle de bon vivant bien plus facile à porter (Gaussot L, 2004). Un élément déclencheur, propre à chaque mère ayant pris part à ma recherche, les a motivées à faire appel à des professionnels et donc ici à faire le pas vers une structure résidentielle offrant un traitement adapté à cette problématique. Cela rejoint la théorie des stades du changement, plus particulièrement le stade de la préparation où il est mentionné que souvent la personne fait le pas lors d'un événement marquant ou lors d'une accumulation d'incidents qui éveille la conscience et renforce la décision (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L).

Cela signifie la reconnaissance d'un « problème d'alcool ».

Selon moi, nous pouvons faire la parallèle avec un problème de poly toxicomanie dans le sens où la personne doit reconnaître un problème de toxicomanie et doit avoir eu un élément déclencheur la motivant à entrer en cure. Toutefois, je pense qu'une personne consommant des substances illicites était, et est encore aujourd'hui perçue comme « droguée » et non comme « bon vivant ». A noter ici, la nuance entre l'homme avec un problème d'alcool qui est perçu comme « bon vivant », alors que la femme avec ce même problème est stigmatisée et n'obtient aucune tolérance de la part de la société (Gaussot L, 2004). De plus, les médecins ne définissent jamais un alcoolisme masculin car, dans notre société, il est logique que lorsque nous parlons d'alcoolisme, ce sont d'hommes dont on parle. De là peuvent découler les sentiments de honte et de culpabilité dont souffrent les femmes rencontrant un problème d'alcool.

⁴⁰ Service de la santé publique du canton du Valais, 2013, « Alcool quel est donc le bon exemple que doivent montrer les parents ? », (consulté le 13. 09.2013), <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Alcool-quel-est-donc-le-bon-exemple-que-doivent-montrer-les-parents>

Ci-dessous, des extraits démontrant les événements qui ont contribué à la prise de la décision des mères dépendantes à entrer en cure vous sont présentés :

- « [...] ils m'ont enlevé Max⁴¹ mais en urgence par l'OPE et c'est là que.....Bon ben le jour là c'était vraiment affreux parce que je voulais le foutre en bas par le balcon. Parce que j'étais justement pas dans mon état...En plus après je me suis dite que je pouvais faire cette cure.....pas parce que c'est le seul moyen j'aurais très bien pu dire ben vous pouvez prendre mon fils et moi je continue l'alcool.» (B)
- « Avant d'entrer à la Villa, j'avais déjà arrêté de boire une année et demie avant, j'ai suivi les AA parce que je sentais qu'il y avait un problème et ma famille proche aussi. Tandis qu'en dehors de ce cercle ça ne se remarquait pas. Et après en six mois j'ai fait un burnout et ça a été la grosse dégringolade. Et il faut dire que je travaillais dans un magasin de boisson. Alors c'est ce burnout fin 2011 et hop je suis allée à Malévoz pour deux semaines. A cause de ce burnout je dormais beaucoup. En fait je fuyais, c'était une fuite. Puis là-bas, il y a la LVT qui est passée me voir pour me dire les solutions qu'il y avait et pour moi je n'ai pas eu le problème de l'alcool tout de suite. Mais au bout de ces deux semaines, j'étais toujours la même chose. Je me suis dit bon maintenant il faut faire quelque chose. Puis tout s'est enchaîné très vite, j'ai téléphoné à Addiction Valais et puis la semaine suivante j'avais une place à Sierre. »
- « Moi je suis partie à la Villa au moment que mon fils il est parti de la maison pour aller chez ma mère parce que ça le faisait trop souffrir de me voir comme ça tous les soirs. Puis c'est grâce à ça que j'ai décidé d'aller à la Villa. »
- « C'est qu'au bout d'un moment, euh c'est la famille, ma famille à moi, qui a fini par me fermer les portes. Sois tu te bouges, sois tu nous rends les clés, tu prends ta valise, tu te débrouilles. Quand j'ai vu ma mère avec les yeux tout humides, avec ma fille, en me disant : « si tu continues tes bêtises je m'accroche avec elle et je me jette dans la ***** ». C'est là que j'ai senti toutes les portes se refermer. Ce coup de pied au cul, je l'ai ressenti vraiment comme de l'amour plus qu'autre chose. Ça fait mal mais ...C'est des choses comme ça qui ont fait que j'ai accepté d'aller en cure, et ils m'ont dit, parce que juste avant de rentrer au Foyer Rives du Rhône je me suis faite incarcérée et ils m'ont dit si tu te décides à faire quelque chose on t'attend à la sortie, le jour de ta sortie et on t'amène directement au Foyer Rives du Rhône. C'est ce qui s'est passé. Je n'ai pas dû aller de mes propres moyens. Si je n'avais eu personne autour de moi, je repartais dans la galère. » (L)
- « Ben je pense que le rôle qu'elle a joué, c'est qu'elle avait conscience de tout ce qu'elle avait vécu ces six premières années, puis franchement c'était une petite fille mais juste tellement facile de nature, et joviale en plus, que je me disais c'est pas possible il faut que je fasse quelque chose. [...] C'est ce qui m'a

⁴¹ Le nom de Max est un prénom fictif figurant à plusieurs reprises dans cette partie empirique

motivée de la voir grandir, puis essayé de construire quelque chose avec elle. »
(L)

Les mères interrogées manifestaient une réelle motivation au changement, motivation qui leur a permis de terminer leur traitement et de rester abstinentes. Cela est essentiel sachant que la principale limite de traitement à la Villa Flora est la motivation de la personne. Il s'agit maintenant de définir d'où provient cette motivation.

Selon les quatre mères interviewées, la décision d'entreprendre la cure a été motivée pour le bien-être de leur·s enfant·s et en vue d'un bien-être personnel. Elles se plaçaient en second plan. Toutefois, pendant le traitement elles ont appris que cette démarche devait être faite pour elles en premier lieu et non pour les autres, donc cette question reste confuse. Cela est intéressant dans la mesure où la motivation au changement est liée à la perception de l'ampleur et de la nocivité du comportement en cause (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L). Quoi qu'il en soit, l'objectif du traitement vise à l'espoir de retrouver une vie « normale » et de recréer les liens avec leur·s enfant·s perdus dans la problématique de dépendance, ce qui correspondrait aux objectifs de la Villa Flora de la stabilisation émotionnelle et psychique de la personne, l'implication des proches dans la démarche et du ré-appropriement de la vie extérieure.

- « Bon ben justement ce qui m'a été facile c'est de penser au bien de Max, de le faire pour Max... bon pas en priorité, pour moi aussi bien sûr, mais principalement pour Max. Le plus dur c'est que si je faisais rien, j'allais perdre mon fils. Et ça je ne voulais pas. C'est pour ça que voilà j'ai décidé d'aller à la Villa Flora, c'était nécessaire. » (B)
- « Bon c'est vrai que tout au début la motivation que j'avais c'était Max. Je me mettais toujours au second plan. Si j'ai fait ça maintenant je peux dire que c'est pour nous deux. Avant c'était pour lui et moi après. C'est vrai qu'avant ces 7 mois de traitement, ça passait tout sur Max en priorité. Après bon on m'a appris que c'était moi et après les autres. » (B)
- « Je me suis dit que voilà, ben c'était un enfant, moi je suis une maman et que la priorité est mon fils. C'est pas facile parce qu'on fait en sorte que ce soit ceux qu'on aime qui passent en premier et nous après, c'est comme ça. » (B)
- « Pour commencer je voulais changer pour moi et après pour Max et pour les gens autour de moi qui m'aiment qui voyaient que j'étais entrain de me détruire. Mais principalement pour moi et puis mon fils. Et ben si j'aurais continué là-dedans j'aurais plus mon fils. Je dois dire que Max c'est le plus beau cadeau de toute ma vie que j'ai eu depuis 92 et j'y tiens et c'est pour ça que je sais que je me suis soignée quoi. Et je suis trop bien comme ça » (B)
- « La première fois je l'ai vraiment fait parce qu'il y avait ce trop-plein et je voulais trouver une solution en fait. La deuxième fois oui je me suis dit non zut, je peux pas le laisser encore trois mois c'est long et en plus pendant l'été quand mon fils a congé. Mais je voulais quand même aller jusqu'au bout. Puis

c'est vrai que j'ai la famille, les parents, des frères, sœurs, mes filles sur qui compter. Et tout ça, ça m'a aidé. » (F)

- « Je pense que si on le fait il faut vraiment le faire pour soi. Au départ en tout cas. Si on y va par obligation, parce que par exemple je n'ai plus mon enfant et je le reveux ça ne marchera pas. C'est la clé du succès. » (F)
- « Non je l'ai surtout fait pour moi en fait parce que c'est vrai que si on part dans cette dépendance voilà quoi. Après on fait plus rien donc c'est plutôt de moi que j'ai eu peur. » (F)
- « Disons qu'avant cet élément déclencheur, je pensais pas que j'avais besoin d'aller dans cette cure. Je pensais pouvoir moi faire quelque chose. Je voulais pas avant que mon fils parte. Parce que là je me suis vraiment dit que je n'arriverai pas à changer toute seule. Je me suis dit mon fils est loin et si je veux le revoir je dois faire quelque chose. » (G)
- « Ils ont remarqué que j'avais un problème d'ailleurs c'est grâce à eux que j'ai été à la Villa. » (G)
- « C'est ce qui m'a motivé, de la voir grandir, puis essayer de construire quelque chose avec elle. C'est vrai aussi que ma mère arrivait à un certain âge et il fallait que je la soulage quelque part aussi. J'ai voulu inverser le truc et essayer de donner un maximum déjà pour moi et après pour les autres, c'est ça. » (L)

Les amis et la famille de ces mères ont également motivé la prise de décision à entrer en traitement de celles-ci.

- « Ils [ses amis] m'ont dit fait quelque chose, tu es entrain de te détruire, tu détruis la vie de Max et tu ne mérites pas ça. Après discussion avec la conseillère de la LVT, je suis rentée à la Villa Flora. » (B)
- « Ma famille aussi me disait de faire quelque chose. » (F)
- « Avant d'entrer à la Villa, j'avais déjà arrêté de boire une année et demie avant, j'ai suivi les AA parce que je sentais qu'il y avait un problème et ma famille proche aussi. » (G)
- « J'ai aussi un collègue de travail qui m'a beaucoup aidée, avec qui j'ai beaucoup parlé. » (G)
- « [...] il y avait deux trois gens que je connaissais très bien qui voulaient que je
Nous pouvons aussi constater au travers des divers témoignages le rôle important des professionnels quant à leur accompagnement dans le processus de changement, dans la prise de décision d'entrer à la Villa Flora, ainsi que de les maintenir dans ce processus et en stimulant leur motivation. Toutefois, il est à noter que les intervenants en addiction d'Addiction Valais ont joué un rôle décisif dans le processus de décision d'entrer en traitement.
- « Après réflexion c'est arrivé que la conseillère LVT a tout mis en marche pour que je puisse entrer à la Villa Flora » (B)

- « Puis là-bas [à Malévoz], il y a la LVT qui est passée me voir pour me dire les solutions qu'il y avait et pour moi j'ai pas le problème de l'alcool tout de suite. Mais au bout de ces deux semaines, j'étais toujours la même chose. Je me suis dit bon maintenant il faut faire quelque chose. Puis tout s'est enchaîné très vite, j'ai téléphoné à Addiction Valais et puis la semaine suivant j'avais une place à Sierre. » (F)
- « [...] si tu as envie de fonctionner comme ça, tu fonctionnes comme ça mais nous on supporte plus, fais quelque chose et nous on est là. »

Pour une des mères, le médecin de famille s'est chargé de l'accompagner dans cette démarche et de faire appel à la Villa Flora.

- « Le médecin a pris contact avec la Villa Flora tout de suite. Je n'ai pas eu un jour ou deux jours à réfléchir si je voulais ou pas. Le rendez-vous a été pris. Bon après je pouvais toujours refuser quoi. D'une fois la machine avancée je ne suis pas revenue en arrière. » (G)

De plus, ces mères trouvent le traitement à la Villa Flora très approprié et les professionnels très aidants. Elles notent le soutien important que le thérapeute leur apporte ainsi que le rôle clé que joue celui-ci dans la motivation à poursuivre son traitement et une d'entre elles exprime son souhait de rencontrer « un peu » plus celui-ci.

- « Non j'avais une bonne thérapeute on a tout de suite eu le feeling. » (G)
- « Puis il y a une thérapeute qui m'a dit non B, tu as déjà fait un sacré travail sur toi, tu t'en sors bien alors baisse pas les bras. J'ai dit ouais c'est facile à dire mais faire c'est autre chose. Après discussion et du courage, j'ai pu finir mon traitement 7 mois plus tard. » (B)
- « Moi j'aurais aimé un petit peu plus de contact avec la thérapeute que j'avais parce que je la voyais une fois par semaine. J'ai trouvé un peu peu. »

La mère ayant effectué sa cure au Foyer Rives du Rhône a trouvé la prise en charge de ce foyer très adéquate car elle pouvait y développer sa passion pour la musique. Toutefois, à l'époque de son entrée en cure, les méthodes n'étaient pas les mêmes qu'à ce jour, c'est pourquoi je ne traiterai pas de cela dans ma recherche.

Il faut savoir que les relations aidantes font partie intégrante du processus de changement (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L, p25).

Il faut donc relever le rôle aidant du réseau tant personnel que professionnel des mères interviewées et le bien qu'il leur procure. Il leur apporte un soutien et les aide à se reconstruire petit à petit. En effet, la Villa Flora se charge de mettre en place avec l'usagère un réseau d'aide de professionnels et de bénévoles ainsi que d'impliquer les proches dans la démarche. S'inspirant du modèle bio-psycho-social, la Villa Flora travaille avec l'usagère sur les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sans prépondérance, sachant qu'ils participent au maintien de la santé ou au développement de la maladie d'où l'importance du réseau tant personnel que professionnel.

Nous pouvons relever la capacité de ces mères, à la suite du traitement, à aller chercher de l'aide ce qui repose directement sur le sentiment déterminant d'efficacité personnelle nécessaire à la dynamique de changement au stade de l'action dans les étapes du changement :

- « Je sais que j'ai des personnes sur qui compter comme la LVT, je peux téléphoner à la Villa si j'ai des envies et si je ne me sens pas bien au lieu de courir boire un verre. Il y a le groupe de AA et la post cure qui se passe le jeudi à la Villa qui m'aident beaucoup. Ça c'est un bien parce que je sais que je ne suis pas toute seule [...] » (B)
- « Je mets tous les atouts de mon côté, j'ai un réseau comme la pharmacienne, l'aide sociale pour la paperasse. Parce qu'au bout d'un moment on arrive plus. » (F)

D'une fois que leur « problème » d'alcoolisme ou autres dépendances est « accepté » et l'élément déclencheur les motivant à entrer en cure s'étant produit, elles étaient déterminées à se prendre en main et à entrer en cure. Cependant, pour une d'entre elle, avant cet élément déclencheur, le sentiment de honte l'a empêchée de s'adresser à des professionnels et a rendu difficile l'entrée en traitement, cela rejoint la théorie affirmant que la honte de parler du problème d'alcool ne favorise pas l'entreprise d'une démarche de soin (Gomez H, 2003). Une autre mère a, quant à elle, fait part de la barrière de la crainte de l'inconnu, identifié comme frein à entrer en traitement et une autre, de la peur de l'échec.

- « La honte c'était beaucoup la honte qui m'a empêchée d'aller en traitement. On a vraiment honte surtout en tant que femme. C'est comment dire une maladie honteuse. On entend jamais dire la pauvre elle est malade. C'est plus regarde cette alcool. Donc c'est plutôt la honte. » (G)
- « Non changer je voulais...ouais mais bon c'est quelque chose que bon...c'était la première fois...je savais pas trop comment ça allait se passer et j'avais beaucoup de craintes par rapport à ça » (B)
- « Oui c'était plus par crainte. Comme je vous l'ai dit, c'est un univers que je ne connaissais pas et n'avais jamais eu l'occasion de le côtoyer. Je me suis dit que ça allait être un milieu hostile. Comme tout être humain bien constitué, dans un milieu où on ne connaît pas, on n'est pas gagnant. C'est comme si on prend un bateau, qu'on part avec et que voilà, on ne sait pas le diriger. » (B)
- « non la seule crainte est la peur de ne pas y arriver. [...] J'avais peur d'être découragée et face à l'échec. » (L)

Pour terminer, aboutir ce traitement représente une certaine fierté pour ces mères, un nouveau départ, mais également un changement radical dans leur façon de fonctionner. Toutefois, le traitement n'est jamais en soi terminé et un travail sur soi, son identité, ses émotions et sur le rapport à l'alcool est à poursuivre selon les besoins de chacune. A cette fin, la Villa Flora tient sur pieds une postcure s'adressant à toute personne ayant terminé son traitement résidentiel et ayant pour but de renforcer l'abstinence, parler de re-consommation et de faire le lien avec le réseau pour une durée de onze mois.

Les mères que j'ai rencontrées se trouvent actuellement selon moi au stade de l'intégration. En effet, le maintien du nouveau comportement est stable dans le temps et leur discours fait paraître une nouvelle perception de leur image, démontre une plus grande confiance en soi et toutes mettent avant leur style de vie plus sain, critères permettant de vérifier la stabilité du changement chez l'individu (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L).

- « [...] De la fierté vraiment. Une autre femme est née et ça je l'ai déjà dit à la Villa, je me sens épanouie, je me suis retrouvée même s'il y a encore quelques bricoles qui me donnent des soucis. [...] Quand tout ça sera terminé, la page se tourne pour reprendre une vie meilleure. La voilà, je mets ma petite locomotive sur les rails et puis voilà. » (B)
- « Changer ça veut dire repartir à zéro, [...] rattraper tout ce que j'ai perdu. Et c'est vrai que je sais que ce n'est pas dans l'alcool que... [...] » (B)
- « C'est vrai là je change toute une vie, je change de direction [...] » (F)
- « Et après c'est tout un autre mode de vie quoi, où il faut s'adapter » (B)
- « Ça signifie toujours [changer] encore parce qu'il faut changer toute sa manière de fonctionner. Je ne vais plus trop dans les bistrots. Niveau fête aussi je n'y vais plus trop et ça c'est difficile en ce moment. [...] J'ai carrément dû changer mes habitudes. » (G)

Cependant, deux des participantes ont relevé les conséquences non-négligeables que peut entraîner une cure en milieu résidentiel comme mentionnés au chapitre 4.1 du cadre théorique, soit les conséquences sociales et matérielles, soit une mise en demeure familiale ou professionnelle, retour chez un parent, séparation, perte ou menace de perte affective, séparation, etc. En voici les extraits :

- « Je sais que quand j'aurais fini, parce que là je dois remettre beaucoup de choses en place, parce que je ne m'attendais pas à perdre autant de choses en entrant en cure. Je n'ai plus mon mari, je n'ai plus mon fils, je n'ai plus la maison, je n'ai plus de travail. Je ne m'attendais pas quand même à ça. J'ai besoin de temps pour reconstruire tout ça et je sais qu'au bout il n'y aura que du bonheur. » (F)
- « la relation avec les gens, c'est difficile aussi parce que y en a qui comprennent pas. Il y en a qui saluent plus. Avant on t'invitait à boire un verre maintenant on te laisse de côté. Avant je consommait avec eux alors c'est différent. » (G)

L'ex-mère poly-toxicomane démontre la difficulté à se mettre dans la vie professionnelle et la difficulté de prendre en charge un enfant après de nombreuses coupures du lien, soit par la prison, soit par la cure.

- « Mais c'est quand je l'ai récupéré vraiment que je me suis dite je suis face à moi, à ma fille, à mes responsabilités, ma vie professionnelle et, à l'époque j'avais rien en main.

C'est pour ça que j'avais le diplôme de la rue. Déjà elle, la remettre à l'école, la discipline, réapprendre le contact au quotidien et être avec 24h sur 24 c'était

assez angoissant à cette époque là. C'était aller vers de nouvelles choses et là seule. » (L)

- « Ben ça a été difficile, avec des hauts, des bas, entre réapprendre à se connaître, le job, essayé d'obtenir le permis de séjour, j'ai dû batailler.» (L)

Une autre problématique est la banalisation de l'alcool. On le trouve tout autour de nous, dans les publicités, dans les magasins, sur nos tables, dans nos frigidaires. Bu modérément, l'alcool permet en premier lieu de vivre un moment agréable (Gueibe R, 2010, p 58). Les drogues illicites demeurent moins exposées, même cachées. Une des mères interviewées insiste sur ce fait et de la difficulté à se maintenir dans un état d'abstinence engendrée par cette banalisation de l'alcool. De plus, son témoignage démontre la place importante que l'alcool porte dans notre culture, de son usage lors d'anniversaires, de fêtes et d'apéritifs :

- « On est confronté à l'alcool partout partout et tout le temps, donc c'est pas facile à arrêter. C'est assez dur. Il y a toujours des apéros, des anniversaires, des fêtes, partout partout il y a toujours de l'alcool, même à la télé. Dans la vie courante il y en a partout et ça c'est vrai, on se rend compte après. Moi je me suis rendue compte après. [...] Partout dehors, dans les magasins. Donc c'est dur. . Donc c'est dur. Je suis toujours sur le qui-vive. On n' a jamais une sortie limonade par exemple ! » (G)

1.3.3 Le rôle de mère

Pour débiter ce chapitre, je tiens à mettre en avant la motivation « choc » pour avoir un enfant, confiée par la mère anciennement poly-toxicomane :

- « A un moment donné, quand j'étais à l'époque avec mon compagnon, quand j'avais 16 ans, qui lui était vraiment dans la rue depuis bien plus longtemps que moi, quand on a vraiment commencé à réaliser qu'on touchait le fond, ben la clé à l'époque, en ce qui me concernait, c'était de faire un enfant, se dire qu'au moment où il y avait une responsabilité, c'est ce qui aiderait à se sortir de la dépendance. » (L)

Cet extrait ne met pas en avant le questionnement « du droit » d'être mère qui est ressorti du film documentaire « Mamans de choc⁴² ». De plus, il démontre bien le rôle attribué à l'enfant, qui est en soi un moyen pour sortir de la dépendance. Je me demande dans quelles mesures, les mères dépendantes désirent un enfant avec pour but premier de s'en sortir.

Avant le traitement, ces mères ont fait part, explicitement ou plus discrètement, du sentiment de culpabilité et de honte dans lequel elles vivaient. En effet, l'alcoolisme féminin fait l'objet d'une forte stigmatisation dans la société, c'est pourquoi les

⁴² 42Conférence à la Ferme Asile, du 30 novembre 2012, « La famille au risque de l'alcool », Avec la diffusion du film documentaire "Mamans de choc" de Mary Clapasson et en collaboration avec la Villa Flora

femmes consomment clandestinement, dans la culpabilité (Gaussot L, 2004) et ressentent le sentiment de honte et de solitude (Uehlinger C, Tschui M, 2003).

- « Forcément pas bien [en tant que mère], forcément coupable » (F)
- « S'il voit une maman qui n'est pas bien, c'est vrai que ça ne va pas non plus. » (F)
- « [...] c'est comme quand on boit, on s'enferme, on a honte, on culpabilise, on n'est pas bien, on s'en veut. » (F)
- « En tant que mère, on culpabilise. Après, bien sûr, quand on discute avec les enfants on s'excuse, on regrette, on n'est pas bien et on reste tranquille deux jours et après on recommence. » (G)

Ces mères se perçoivent comme des bonnes mères, mais admettent aussi qu'elles n'avaient pas forcément conscience, avant le traitement, de l'impact de leur dépendance sur leur · s enfant · s et de la souffrance pouvant en découler. L'étude britannique menée par l'organisme DEMOS rejoint les propos des mères interviewées en affirmant que la majorité de parents alcoolo-dépendants ou qui abusent de l'alcool n'ont pas conscience des conséquences négatives de leur comportement et de leur pathologie sur leurs enfants.⁴³

Les mères alcoolo-dépendantes se montrent comme des mères capables de s'intéresser à leur enfant, chaleureuses et sympathiques. Toutefois, elles sont peu capables de créer un projet à long terme pour leur enfant au-delà d'un monde d'immédiateté et de proximité et sont généralement peu capables de prendre en compte le processus d'individuation de l'enfant (Houzel D, 2007).

- « Je n'arrivais pas à me projeter, c'était au jour le jour, j'essayais de me reconstruire pierre par pierre, et minute par minute presque. » (L)
- « Bon, ben, je me voyais, bon Max n'a jamais manqué de quoi que ce soit, il a toujours eu l'amour d'une maman, ça de toute façon un peu plus justement car il ne pouvait pas se.....entre guillemets s'agripper à son papa mais manquer, il a manqué de rien. » (B)
- « [...] je ne voyais pas la vie comme ça, je ne voyais pas ben voilà le mal que je lui faisais à mon fils » (B)
- « {...} je faisais le rôle de la maman et du papa à la fois [...] » (B)
- « Bon ben lui ce qu'il a ressenti c'est surtout cette dépression, cette fuite dans le sommeil tout ça. Ça s'est avéré après, avec les groupes à la Villa que lui n'a pas vu le côté alcool ou comme ça. Il a plutôt ressenti l'absence, maman dort toujours. Par contre mes premières filles non, même qu'elles étaient plus avec moi, ça a été plus dur pour elles du point de vue alcool. [...] Enfin voilà, il faut de nouveau recréer un lien différent. » (F)

⁴³ Service de la santé publique du canton du Valais, 2013, « Alcool quel est donc le bon exemple que doivent montrer les parents ? », (consulté le 13. 09.2013), <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Alcool-quel-est-donc-le-bon-exemple-que-doivent-montrer-les-parents>

A la suite de la cure, deux des mères ont vu le lien avec leur ·s enfant ·s, changer mais dans le sens où celui-ci se dégrade. En effet, le fait d'entrer en traitement s'est soldé par le placement de ces enfants en institution, pour l'autre en famille d'accueil. De plus, elles insistent sur la difficulté et le manque de dialogue avec leur·s enfant·s. Cela rejoint l'ouvrage de Gomez H (« La personne alcoolique », 1999), affirmant que l'alcoolisation éloigne les enfants de la personne alcoolique et que bien souvent celle-ci s'en retrouve juridiquement dépossédée. Cela s'applique aussi pour les personnes toxicomanes avec comme exemple la mère ayant fait sa cure aux Rives du Rhône. Ses parents ont pris la tutelle de leur petite-fille.

- « Avant on était seuls les deux et maintenant six ou sept personnes gravitent autour de lui. Dans sa tête, ça doit bien cogiter là-dedans. Bon je dis, j'ai jamais pu discuter de ça avec Max, ce qu'il ressent ou s'il a peur. De toute façon je pense qu'il a eu peur à un moment donné. Ce que je veux qu'il sache, c'est que quand il reviendra à la maison il sera en sécurité. Lui a très peur que je re-consomme, mais ce n'est pas le cas. » (B)
- « ça veut dire que pour protéger papa, pour pas lui faire de mal ben j'embête maman le plus que je peux. Comme ça papa va pas m'en vouloir vu que j'embête maman. Il est même prêt et ça va très loin à partir en institution au mois d'août pour pas rester avec moi. » (F)
- « Ben voilà, il me hait, il me déteste, il fait pas ses devoirs. Mais je sais et je sens qu'on est de toute façon très proche. Et ça c'est déjà un truc de l'enfance parce que si vous voulez, ce petit il est venu pour son papa. Moi j'avais déjà deux enfants. C'est le petit à son papa. » (F)
- « Par contre, il faudra recréer le lien parce que c'est un enfant qui me rejette beaucoup, mais ça va venir, il faut du temps. Parce que je ressens très fort qu'on est sur la même longueur. » (F)

Avec le recul, elles ont pris conscience de l'effet néfaste de leur consommation problématique sur leur·s enfant·s. En effet, elles ont pu observer divers symptômes tels que le repli sur-soi, le manque de confiance en-soi, ne pas oser dire non, etc. Les conséquences sont aussi que les enfants ne se sentent pas en sécurité et ressentent quotidiennement de la peur, de la honte, de la culpabilité et de l'isolement.⁴⁴

Elles mettent donc en avant le bienfait du groupe de parole pour enfants de parents alcooliques mis sur pied par Addiction Valais, lieu où leur enfant peut s'exprimer sur son vécu. Comme le souligne l'article de Landry V, L'aventure M « Toxicomanie parentale et développement des enfants 6-12 ans », 2010, p 13) chaque enfant ne vit pas la situation d'avoir un parent dépendant de la même manière et les conséquences ne sont pas pareilles pour tous les enfants. Cela dépend de son implication dans les relations familiales, de son âge, de sa capacité de résilience et du soutien qu'il trouve. Ce groupe de parole permet, selon moi de ne pas oublier l'enfant dans ses besoins et lui offre un lieu de soutien où il peut se déculpabiliser.

⁴⁴ Addiction Suisse, 2013, « Les enfants dans une famille d'alcoolique », (consulté le 20.07.2013), <http://www.addictionsuisse.ch/themes/publics-cible/enfants/dans-une-famille-alcoolique/>

- « Bon, ce qui a un peu sauvé Max c'est que parce que bon il ose pas dire non, dire ce qu'il a envie de dire. Maintenant c'est bien, la LVT a fait un groupe qui s'appelle enfant de parent alcoolique, et là il a pu s'ouvrir et commencer à parler. Et moi, personnellement, je n'ai pas pu lui dire ou j'étais, ce que je faisais exactement. » (B)
- « Pour cela ils font aussi un truc de bien. Il y a le groupe de parole pour les enfants de parents alcooliques qu'il va commencer en septembre, pour qu'il puisse avancer, parce que là il se met des barrières et se sent pas bien. » (F)

L'ex mère poly-toxicomane, met en évidence le fait qu'elle était peu présente et le sentiment d'abandon dont sa fille a souffert.

- « [...] mais j'étais quand même pas présente et je pense qu'elle a du ressentir le sentiment d'abandon avec moi » (L)

La coupure entre mère et enfant, bien que le traitement soit terminé, est perçue comme bénéfique aux yeux des deux mères à qui cela est arrivé, bien qu'elles aient dû prendre du recul par rapport à leur situation. En effet, elles ont la capacité à se projeter dans le temps et perçoivent les côtés positifs que cette séparation apportera dans un futur proche, capacité essentielle pour le processus de changement (Cahier de formation à la motivation, Centre Dollar Cormier). « De pas le voir ça me fait mal, mais si c'est pour son bien, je me dis pourquoi pas. [...] là je pourrais le voir et au bout du compte Max et moi savons que nous allons nous retrouver. » (B)

- « Après, L'OPE refera un bilan pour voir s'il veut arrêter de m'embêter et voir s'il peut revenir avec moi. Parce que là c'est inconfortable pour nous deux. J'attends donc la fin de l'été, voir ce qu'il choisira. ça fait un coup ! mais je commence à accepter, ça nous fera du bien. » (F)

La mère qui était poly-toxicomane a récupéré la garde de sa fille lorsque celle-ci a eu 13 ans. Actuellement âgée d'une vingtaine d'année, elle entretient une très bonne relation avec sa mère. Comme dit plus haut, une des principales motivations à entrer en cure était de pouvoir construire quelque chose avec sa fille, de la voir grandir, objectif qu'elle a atteint non sans difficultés mais avec succès.

L'extrait ci-dessous illustre le vécu d'une des mères alcoolodépendantes interrogées quant à son rôle lors de son entrée à la Villa Flora. Elle se sentait dépossédée de son rôle. Ainsi, elle a perdu l'exercice de la parentalité se déroulant à un niveau symbolique, soit les droits et les devoirs attachés aux fonctions parentales et à l'autorité parentale ainsi que la pratique de la parentalité, soit les tâches objectivement observables incombant à une mère telles que les soins à l'enfant, les pratiques éducatives, etc. (Houzel D, 2007). C'est ce que démontre l'extrait ci-dessous.

- « Je ne me sentais plus maman. Pas une fois je n'ai reçu un téléphone ou une lettre pour me dire ben voilà il va bien, les démarches sont en route, rien. J'avais l'impression d'être paumée, de ne plus être maman. C'est comme si on me l'avait enlevé. Pour moi c'était une punition. Genre tu as eu ce problème avec l'alcool, ben voilà, on t'enlève ton fils. C'est ce que je me disais dans ma

tête. Je n'ai pas vu ni entendu Max durant 3 mois dès mon entrée à la Villa et je ne savais pas cela avant d'y entrer.

De plus, je me suis occupée de lui tout seule pendant sept ans et là tout d'un coup...Ben moi je me suis retrouvée toute seule, sans mon fils sans rien. » (B)

La mère anciennement poly-toxicomane a, elle aussi, été dénuée de toutes charges parentales.

2. Synthèse

Ce chapitre vous relate un exposé succinct des résultats de l'analyse et met en corrélation les hypothèses de recherche aux éléments de l'analyse ainsi qu'aux concepts théoriques.

2.1 Résumé des résultats

Les témoignages recueillis dans le cadre de cette recherche mettent en avant la perception de l'alcoolisme vécu comme une maladie honteuse mais aussi comme une problématique des émotions, de la perte de l'estime de soi, de la confiance en soi et de l'affirmation de soi, compétences qu'il faut impérativement se réapproprier afin de pouvoir se reconstruire. Il en ressort de même pour le témoignage de la mère anciennement poly-toxicomane. Les mères interviewées apportent aussi leur regard par rapport à la motivation au changement, vue dans ce contexte comme la prise de décision d'entrer en traitement et d'aboutir à l'abstinence. Il apparaît dans un premier lieu que pour y arriver, il faut accepter d'avoir un « problème » avec l'alcool ou la dépendance. Dans un second temps, un élément déclencheur, propre à chacune des mères et significatif dans leur vie respective, les a mises face aux dégâts provoqués par leur addiction à l'alcool. Cet élément joue un rôle décisif dans leur prise de décision à entrer en traitement et à les motiver à changer. Il dépasse le sentiment de honte et de crainte de l'inconnu les freinant à demander de l'aide. D'une fois qu'elles perçoivent l'impact négatif de leur consommation sur leur-s enfant-s, ceux-ci deviennent leur principale motivation à se soigner et elles passent en second plan, bien qu'avec du recul et avec l'aide apportée à la Villa Flora, elles le font d'abord pour elles-mêmes. Cependant, elles ont besoin d'aide de la part des intervenant-e-s d'Addiction Valais ou le médecin de famille pour avoir le courage d'entrer en cure. Toutefois, cette dimension n'est pas ressortie pour la mère anciennement poly-toxicomane.

Leur-s enfant-s, tous âges confondus, sont source de force pour le maintien de la motivation à terminer le traitement. En effet, souffrant d'un « mauvais » lien avec lui-eux, elles espèrent pouvoir, grâce au traitement, rétablir un bon lien, du dialogue et une complicité avec lui · eux et surtout de reprendre leur rôle de mère.

Leur famille, leurs amis, les professionnels de la Villa Flora ou des Rives du Rhône, ainsi que leur propre réseau de professionnels contribuent à les maintenir dans la dynamique de changement et les motivent à ne pas re-somber dans la dépendance.

Cette analyse me permet de vérifier, au chapitre suivant, mes hypothèses de recherche et leur pertinence grâce aux résultats produits par ce travail.

2.2 Vérification des hypothèses

Chaque hypothèse de recherche est dans ce chapitre reprise, analysée et vérifiée en fonction des éléments de l'analyse et du cadre théorique.

H1 : La peur du changement est un frein à la motivation de ces mères à entreprendre un traitement.

Cette hypothèse signifie que ces mères désirent changer et prendre la décision d'entrer en traitement. Seulement, avant d'entrer dans cette démarche, elles doivent s'assurer que les bénéfices retirés seront plus avantageux que de rester dans le système de la dépendance selon le concept de la balance décisionnelle (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L). Se retrouver sobre face à ses démons et aux dégâts causés par la dépendance peut se révéler très dur à vivre et peut, de ce fait, provoquer une réticence à changer, une peur. Pour changer, la personne doit être hors du déni, se sentir compétente à changer et doit avoir conscience de la nocivité du comportement en cause (ibid). De plus, c'est un processus exigeant qui demande beaucoup d'énergie, de la persévérance, de l'adaptation face aux embûches diverses et aussi la capacité à se projeter dans le futur (Cahier de formation à la motivation, Centre Dollar Cormier).

Selon les témoignages recueillis, la décision d'entrer en traitement est motivée par l'aide de professionnels et/ou de la famille ainsi que de l'élément déclencheur leur faisant prendre conscience des effets néfastes de leur comportement. Cela correspond, dans les stades du changement, au stade de la préparation où il est mentionné que souvent la personne fait le pas lors d'un événement marquant ou lors d'une accumulation d'incidents qui éveille la conscience et renforce la décision (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L).

A cet égard, il convient de relever le sentiment de honte et de culpabilité que produit une consommation excessive de substances psychotropes et qui se renforce et augmente en étant mère et alcool-dépendante. Par honte, on entend très fort la peur du jugement posé par la société et de l'image négative que celle-ci impute à l'alcoolisme. De ce fait en découle de l'isolement, de la solitude et des tensions familiales. Dès lors, le cercle vicieux s'est installé. Vers qui se tourner afin de demander de l'aide ?

Il est nécessaire qu'un élément déclencheur se manifeste afin que des professionnels puissent venir en aide à ces mères, l'inverse étant trop éprouvant.

Dans la mesure où la peur du changement fait référence aux conséquences de l'abstinence, je trouve mon hypothèse peu pertinente car, pour entrer dans une dynamique de changement, tout un cheminement doit être accompli.

De plus, il est ressorti du discours de ces femmes que les conséquences inattendues et négatives telles perte d'emploi, de logement, perte de l'enfant, du mari et précarité, etc. se perçoivent réellement à la fin du traitement. Je me questionne dans quelle mesure la conscience de ces conséquences étaient perçues dès le départ, arriveront-elles un jour à faire le pas ?

Comme mentionné ci-dessus, pour changer, il faut réussir à se projeter dans le temps. D'après le témoignage des mères interviewées, il en ressort que lors du traitement et encore à ce jour, elles continuent à travailler sur elles-mêmes. Elles ne savent pas dans combien de temps ce travail de changement de longue haleine leur procurera une vie meilleure et du bonheur. Toutefois, elles sont persuadées qu'une vie meilleure sera le résultat de tous leurs efforts.

Ceci-dit, manifestement c'est un gros paradoxe : les personnes se soignent et c'est à ce moment que de graves conséquences sur leur vie surgissent. Cela rejoint la partie théorique exprimant qu'il semblerait que ce soit au moment où l'individu anciennement alcoolique cesse de boire qu'il le devient socialement dans le jugement d'autrui. La cure de désintoxication est un événement ou une information qui permet à la société d'imputer définitivement l'étiquette d'alcoolique à la personne (Gaussot L, 2004).

Au vu de ce qui précède, il convient de reformuler mon hypothèse dans le sens où vivre la maladie dans la honte provoque une peur de se faire juger et de ce fait empêche de faire appel à des professionnels.

H2 : Ces mères sont motivées au « changement » mais pas au « traitement ».

Cette hypothèse se comprend dans le sens où une personne peut vouloir changer ses comportements, ses habitudes ou son mode de vie, donc est prête à prendre la décision d'entrer en traitement, cependant elle ne le fait pas car elle n'est pas en accord avec le type d'aide proposée. Le rôle du professionnel est aussi de s'assurer que le traitement proposé corresponde aux valeurs, aux objectifs et aux capacités de la personne (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L).

Selon les témoignages recueillis, ces mères ne percevaient pas l'ampleur de leur problématique de consommation, qualifiaient ces périodes de « passades » et pensaient réellement ne pas avoir besoin de consulter des professionnels et pouvoir s'en sortir seules. De ce fait, elles ne se sont pas forcément intéressées aux institutions qui traitent les problèmes de dépendance ni à leurs modalités de traitements.

Les mères interviewées dans le cadre de ce travail se sont retrouvées très vite à la Villa Flora ou au foyer Rives du Rhône, pour l'une d'entre-elles, à la suite de l'élément déclencheur, sans même pouvoir y réfléchir. D'une fois la « machine lancée » comme le dit l'une d'entre elle, elles ne sont pas revenues en arrière. Toutes possédaient la forte détermination à s'en sortir et à poursuivre le traitement jusqu'au bout.

Elles ont donc découvert le fonctionnement de la Villa Flora ou des Rives du Rhône lors de leur entrée en traitement.

Toutes ont fait part des difficultés vécues lors des premières semaines en institution où ni visites, ni téléphone, ni radio et ni sorties ne sont autorisées et du fait que par la suite le rythme de ces activités est imposé. Toutefois, malgré la difficulté, elles ont conscience qu'un tel cadre est indispensable pour travailler sur soi et constitue une étape décisive pour la suite du traitement. « Changer » implique donc de passer par cette étape.

Les trois mères anciennement alcoolo-dépendantes affirment avoir trouvé la prise en charge à la Villa Flora adéquate, complète, efficace et n'avoir manqué de rien.

Trois des mères interrogées disent toutefois s'être senties dépossédées de leur rôle de mère. De ce fait, elles ne se sentaient et ne se considéraient plus comme étant des mères à part entière. Elles auraient désiré plus de nouvelles de leur enfant, plus de contacts.

Une des mères, après avoir rechuté, a grandement hésité à retourner en cure à la Villa Flora. Effectivement, elle ne désirait pas tout recommencer à zéro et ne voulait pas recouper les liens avec son enfant même pour quelques semaines. Nous revenons donc au concept de la balance décisionnelle où le positif doit l'emporter sur le négatif afin de s'ouvrir à une perspective de changement.

En conclusion, la motivation au traitement ne s'imposait guère avant l'élément déclencheur. De plus, avec du recul, elles qualifient le traitement proposé d'« adéquat, adapté, et complet ». Cela prouve que le traitement en soi ne s'imposait pas comme une barrière. Toutefois, la honte d'avoir un problème d'alcool et la crainte de l'inconnu, soit du fonctionnement de l'institution, sont ressorties comme des freins à se diriger vers ce type de structures. Comme dit plus haut, je ne développe pas la pertinence du mode de prise en charge des Foyers Rives du Rhône qui n'est plus le même qu'auparavant. De plus, seule une mère interviewée a suivi cette démarche.

De ces observations, je reformulerai mon hypothèse ainsi : « Le sentiment de honte dans lequel vivent les mères alcoolo-dépendantes, la peur de l'échec et la crainte qu'elles peuvent ressentir à entrer en traitement à la Villa Flora sont trois axes à travailler avec les intervenant·e·s en Addiction afin de les motiver à entrer en traitement. »

H3 : les mères alcoolo-dépendantes décident d'entreprendre un traitement par peur de se faire retirer leurs enfants.

Cette dernière hypothèse signifie qu'une mère alcoolo-dépendante décide d'entreprendre un traitement à la Villa Flora non pas pour elle-même mais uniquement par crainte de se faire retirer le droit de garde de son · ses enfant · s.

Il est ressorti de l'analyse que les mères interviewées se percevaient avant le traitement comme de bonnes mères, mais admettent aussi qu'elles n'avaient pas forcément conscience de l'impact de leur dépendance sur leur · s enfant · s et de la souffrance qui en découle. Le recul seul leur permet de constater cela. Il en ressort également la difficulté qu'elles rencontrent à aborder le sujet de leur maladie et de leur parcours avec leur·s enfant·s bien qu'elles ne désirent pas de tabous avec eux sur le sujet.

L'analyse montre particulièrement l'impact négatif de cette maladie sur le lien entre la mère et l'enfant par le fait que ces mères se retrouvent régulièrement dépossédées juridiquement du droit de garde. En effet, sur les quatre femmes interviewées et bien qu'elles aient terminé leur traitement, trois d'entre elles ont vu leur enfant se faire placer en famille d'accueil ou en institution. Pour l'autre cas de figure, l'enfant est allé vivre chez un autre membre de la famille. Il est aussi à noter qu'une enquête menée par une AEMO (action éducative en milieu ouvert) a démontré que les motifs les plus évoqués pour légitimer un placement d'enfant sont lorsque la mère a des troubles psychiques, des pathologies mentales associées ou non à des conduites de dépendance telles que l'alcoolisme et la toxicomanie (Cardi C, 2007).

D'après les propos des participantes, la peur de se faire retirer leur enfant n'était pas leur motivation à entrer en traitement. D'ailleurs, une d'elles n'a pas vu arriver cette réalité. Une seconde affirme ne pas avoir eu de craintes à ce propos n'étant pas au point de rencontrer des ennuis avec les autorités. Cependant, son enfant est en institution par choix de ne plus désirer vivre avec sa mère momentanément. Un des autres enfants a vécu dans la rue jusqu'à l'âge de dix-huit mois et après, la tutelle a été donnée à la grand-mère maternelle jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de treize ans.

Toutes ressentent la dégradation de la relation mère et enfant ainsi que les conséquences de la maladie sur leur rôle de mère et des responsabilités que celui-ci implique et dont elles sont souvent dépourvues. La motivation au changement et le maintien de celui-ci est donc principalement motivé par l'espoir de retrouver une bonne relation avec son·ses enfant·s ainsi que de se réapproprier son rôle de mère à part entière. Evidemment, la réalité est bien plus complexe que cela et cette composante seule ne suffit pas à maintenir la motivation. D'autres facteurs personnels et environnementaux sont nécessaires à ce processus de changement. Elles sont donc, dans les stades du changement, au stade de maintien où la personne est responsable d'elle et sait davantage comment agir afin d'améliorer sa qualité de vie mais doit cependant toujours rester en action pour maintenir son nouveau mode de vie (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthel L). Je n'observe

pas de réelles différences entre les motivations des mères alcoolodépendantes et la mère poly-toxicomane à entrer en cure.

Mon hypothèse est donc celle-ci : « La motivation des mères alcoolodépendantes est stable dans le temps grâce à l'espoir de pouvoir recréer un bon lien avec leur·s enfant·s. et de se projeter dans le temps»

2.3 Conclusion

Les hypothèses de recherche dégagées de la partie théorique ont toutes pu être vérifiées et reformulées au regard des éléments de l'analyse ainsi que de la partie théorique. Toutefois, la nécessité de les réajuster et de les préciser s'est imposée compte tenu des résultats de l'analyse et concerne uniquement l'échantillon interviewé. En effet, la peur du changement, la motivation au changement et non au traitement ainsi que la crainte du retrait de leur enfant comme sont tous trois des éléments intervenant dans le processus de changement. Cependant, ils sont à explorer de manière plus large afin de mettre précisément le doigt sur les réels freins et moteurs motivant la prise de décision à entrer en traitement.

3. Perspectives

La formulation de ma question de recherche est la suivante : « Quels sont les freins et les motivations qui favorisent la prise de décision des mères alcoolodépendantes à entrer en traitement à la villa Flora et à s'immerger dans une dynamique de changement ? »

Les témoignages recueillis démontrent que la motivation d'entreprendre cette démarche est généralement consécutive à un événement marquant tel un burnout, l'enfant qui quitte le domicile familial ou à la suite d'un acte grave qui éveille la prise de conscience de la problématique alcoolique et des conséquences fâcheuses de celle-ci. Les professionnels d'Addiction Valais ou le médecin de famille pour un cas ont permis de consolider la prise de décision et de passer à l'action.

Le thème de la motivation et du changement n'est pas seulement imputable au domaine des toxicomanies mais à tous les champs du domaine du travail social. En effet, de nos jours l'entretien motivationnel est actuellement utilisé pour de multiples situations cliniques telles que l'addiction, l'alimentation, l'exercice physique, les maladies chroniques, le tabagisme, etc (Fortini C, Daeppen. B, 2010).

Ma recherche m'a donc donné des apports personnels que je pourrai transposer dans mon avenir professionnel et offre des perspectives pour le travail social.

Par apports personnels, j'entends que la réalisation de cette recherche m'a en premier lieu obligée à suivre une méthodologie de recherche bien définie et m'a appris à définir les priorités ainsi qu'à me questionner sur une problématique. De plus, j'ai approfondi mes connaissances traitant de la dépendance, ciblant tout particulièrement les mères alcoolodépendantes et ai découvert l'outil de l'entretien motivationnel incluant les concepts de motivation et de changement que je pourrai utiliser pour toutes situations qui supposent un changement. Les différents

témoignages sont également significatifs pour moi tant au niveau personnel que professionnel.

De ceux-ci sont ressortis l'importance du réseau de professionnels pour soutenir la prise de décision à entrer en traitement et des pistes pouvant être pertinentes sur le terrain.

En effet, la personne doit passer par les divers stades de changement et vivre ses propres expériences, ses propres doutes jusqu'à se sentir prête à entrer en traitement afin d'intégrer un nouveau mode de vie et poursuivre son chemin jusqu'au stade de l'intégration qui suppose le maintien dans le temps de nouveaux comportements. Une première barrière s'impose au professionnel-le : il doit respecter le rythme de dynamique de changement de l'usagère et accepter que la rechute puisse faire partie de celle-ci. Son défi est selon moi de repérer à quel stade du changement elle se trouve afin de répondre aux mieux à ses besoins et d'agir de la manière la plus adéquate.

A la suite des diverses réponses reçues lors des interviews, il est important que les professionnel-le-s reconnaissent l'alcoolisme comme maladie autant avant le traitement qu'après le traitement ce qui, selon moi, aurait pour effet de déculpabiliser partiellement ces mères. La déculpabilisation se révèle dans ce contexte un sujet intéressant et une piste à envisager, sachant qu'elle freine les mères alcoolo-dépendantes à entreprendre une démarche de soins. Cependant, la question demeure, comment déculpabiliser une mère se trouvant au cœur d'une problématique de dépendance sachant que ce sentiment est lié à la problématique elle-même ?

La crainte de l'inconnu ressort comme second frein à entrer en traitement. Je me questionne dans quelle mesure les professionnel-le-s peuvent préparer et informer concrètement les mères alcoolo-dépendantes quant au type et aux modalités de traitement proposés à la Villa Flora ou aux Rives du Rhône et quelle incidence ce type d'intervention procurerait à la motivation de celles-ci à entrer en cure.

Quoiqu'il en soit, le-la professionnel-le joue un rôle clé dans l'accompagnement et la dynamique de changement de l'usagère avant, pendant et après le traitement. Toutefois, il me semble que d'agir avant « l'élément déclencheur » s'avérerait inutile, partant du principe que la personne n'est pas encore prête au changement. Peut-être que celui-ci ne lui apporterait momentanément aucun avantage et que les ressources nécessaires manqueraient. Le-la professionnel-le n'a dès lors que le choix de soutenir le processus de maturation de l'usagère dans la dynamique de changement et doit voir avec le réseau quelles mesures prendre afin de protéger l'enfant si danger il y a.

D'après ce constat et sachant que la motivation appartient à la personne et qu'il n'est pas possible d'en donner à une personne qui n'en possède pas, le-la professionnel-le ne pourra agir sur la motivation de l'usagère avant sa prise de conscience. Toutefois, il-elle jouera son rôle en éveillant celle-ci, en mettant en place des éléments qui vont l'aider à démarrer, à supporter et consolider la motivation chez la personne en processus de changement selon les cinq principes de l'approche motivationnelle, soit en montrant de l'empathie, en faisant ressortir les discordances, en composant avec

la résistance, en évitant l'argumentation et surtout en favorisant le sentiment de compétence personnelle de l'usagère.

Son accompagnement vise donc à favoriser et à soutenir l'usagère dans la dynamique de changement en prenant en compte l'aspect bio-psycho-social de chacune.

Un enjeu des professionnel·le·s serait aussi de défaire le tabou conservé autour de l'alcoolisme féminin afin que ces femmes se sentent plus libres et moins honteuses d'exprimer ce qu'elles vivent. Les mères ne ressortiraient pas seules gagnantes. En effet lors de la Conférence « la famille au risque de l'alcool, 2012 » a été souligné l'importance de défaire les tabous et les loyautés familiales autour de l'alcoolisme afin d'aider les enfants vivant dans ces systèmes pathologiques de manière adéquate. Il resterait à analyser par quels moyens atteindre ce but.

Compte tenu du témoignage de B, nous livrant la sensation de s'être sentie dépossédée de son rôle de mère à son entrée à la Villa Flora, dans quelle mesure est-il possible de lui laisser une part de ce rôle en tenant compte du cadre légal, de la sécurité et du bien être de l'enfants en soulignant la phrase de Bowlby, père de la théorie de l'attachement : « Il vaut mieux des mauvais parents qu'une bonne institution » (Cité In Chatonay B, Van der borgh F, 2010, p.23) ?

Elle affirme que trois mois durant, aucunes nouvelles de son fils ne lui a été données. Elle aurait désiré des nouvelles de lui, savoir s'il va bien, s'il a été malade, etc. Une des pistes de réflexion serait, selon moi, de me questionner selon le cadre légal, la charte de la Villa Flora et de l'éthique, s'il serait possible, dans l'intérêt de l'enfant et de l'usagère, qu'elle puisse obtenir des nouvelles de sa progéniture les premiers mois de sa cure afin de conserver symboliquement son rôle de mère ?

Le questionnement précité provient du cadre théorique et propose comme piste d'action, dans ces situations de dépendance, d'agir sur la parentalité sachant qu'actuellement on ne s'occupe que de la maladie de la personne dépendante et du placement de l'enfant. Cela irait dans le sens du centre parental « Air de Famille » en France qui se charge de protéger l'enfant avec des parents dans l'insécurité psychologique dont l'alcoolisme fait partie. Il relève l'importance de ne pas placer l'enfant mais de renforcer au mieux le lien familial. Pour ce faire, les professionnel·le·s doivent en réseau soutenir l'usager·ère dans toutes les dimensions suivantes : projet de couple, parentalité, soutien au logement, santé, gestion du budget, emploi, famille élargie, partenariat avec les crèches, etc.

La prévention précoce est également mise en lumière dans les résultats et perspectives de la recherche britannique DEMOS⁴⁵. En effet, les auteurs envisagent la mise en place d'une nouvelle stratégie de prévention, de communication et d'information auprès des familles ou des parents, combinée à l'identification précoce de la présence d'une dépendance et le soutien aux parents concernés quand leurs enfants sont encore jeunes. Ces moyens peuvent ils être pertinents et transposés en

⁴⁵ Service de la santé publique du canton du Valais, 2013, « Alcool quel est donc le bon exemple que doivent montrer les parents ? », (consulté le 13. 09.2013), <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Alcool-quel-est-donc-le-bon-exemple-que-doivent-montrer-les-parents>

Valais et en devenir une priorité politique sachant que l'abus d'alcool se révèle un phénomène de santé publique ?

Faudrait-il sensibiliser tous les professionnels gravitant autour des familles aux problèmes de dépendances afin de détecter le plus rapidement possible un éventuel problème et de limiter « les dégâts » sur la vie future de l'enfant ?

Gynécologue, sage-femme, pédiatre, infirmier·ère des consultations mères et enfants, professeur·e, etc. ne devraient-ils pas être plus informé·e·s sur les questions de dépendances afin de repérer et de pouvoir prendre en charge le plus précocement possible la situation ?

Une prévention plus soutenue dans les écoles permettrait-elle aux enfants touchés par les problématiques de dépendance une ouverture au dialogue ?

De plus, la notion de parentalité apparaît souvent au fil de mon travail. Cependant, les femmes interviewées dans le cadre de ma recherche étaient toutes « mères célibataires ». Je me demande donc si ce phénomène est une généralité ou s'il est observable uniquement sur mon échantillon. En partant de la première hypothèse, intervenir précocement au sein d'une famille dysfonctionnelle permettrait-il de maintenir ou de construire ou re-construire la parentalité afin que chaque parent reprenne son rôle ?

Faudrait-il revoir la façon de prendre en charge les mères alcoolo-dépendantes en Valais ? La question reste ouverte...

Conclusion

En conclusion, l'élaboration de ce travail m'a enrichi personnellement et m'a permis de répondre à mes objectifs personnels qui étaient de me familiariser avec la méthodologie, d'effectuer une recherche complète et d'approfondir mes connaissances sur la dépendance et la parentalité. Il m'a aussi permis de répondre à mes objectifs de recherche qui étaient d'identifier la perception que portent les mères alcoolo-dépendantes sur la qualité du lien avec leur·s enfant·s et de leur vision quant à leur rôle de mère. J'ai aussi pu repérer les facilitateurs et les freins intervenant dans le processus de décision à entrer en cure ou non des mères interviewées et analyser leurs manques durant le traitement.

Bien entendu, les résultats de cette recherche sont uniquement valables pour l'échantillon interviewé, principale limite de mon travail. De plus, je relève à nouveau la difficulté à accéder à ce type de population. Toutefois, je pense que ma recherche donne une bonne vision de ce que peuvent vivre ces mères, soit par l'aspect théorique, soit plus subjectivement par l'aspect empirique.

Bien que des similitudes se manifestent au niveau des motivations à entrer en traitement entre les mères alcoolo-dépendantes et la mère poly-toxicomane, il a été difficile de mettre en lien les deux éléments qui se différencient par leur aspect « licite » et « illicite ». Selon mes observations, dans le cadre de mon échantillon de recherche, les conséquences sont plus importantes lorsqu'une mère est poly-

toxicomane que lorsqu'elle est alcoolo-dépendante. Cette constatation est seulement pertinente pour mon échantillon. Je pense qu'il ne faut pas tenir compte uniquement de la nature de la dépendance mais aussi d'autres aspects tels que la fréquence à laquelle la personne consomme, de son comportement, de la gravité de la situation etc.

Au final, un problème d'alcoolo-dépendance est aussi grave qu'un problème de dépendance au sens plus large. Ces deux problématiques peuvent aboutir à un retrait de droit de garde de l'enfant et peuvent provoquer des conséquences juridiques fâcheuses.

Comme mentionné plus haut, une investigation plus étendue serait nécessaire pour confirmer et généraliser les résultats produits par ma recherche.

De ce travail sont nées de nouvelles réflexions telles que :

- Faudrait-il revoir la façon de prendre en charge les mères alcoolo-dépendantes en Valais ?
- Par quels moyens concrets les professionnel-le-s peuvent-ils travailler avec les mères alcoolo-dépendantes l'aspect de la parentalité ?
- Par quels moyens défaire le tabou général régnant autour de l'alcoolisme féminin ?

Ce sont donc sur ces nouvelles questions restant ouvertes que se clôt mon travail et sur la citation d'Agatha Christie « L'amour d'une mère pour son enfant ne connaît ni loi, ni pitié, ni limite. Il pourrait anéantir impitoyablement tout ce qui se trouve en travers de son chemin ».⁴⁶ Un problème d'alcoolisme n'enlève donc rien à cet amour, cependant la mère alcoolo-dépendante nécessite un véritable soutien l'aidant à exercer au mieux son rôle mère en fonction de ses ressources et limites pour que l'enfant puisse se développer dans un cadre structuré et sécurisé.

Voici un propos illustrant parfaitement la situation, un propos qui vient du cœur même si la situation était la plus critique, et sur lequel je mets un point final à cette recherche :

- « Ben je pense que le rôle qu'elle a joué [ma fille], c'est qu'elle avait conscience de tout ce qu'elle avait vécu ces six premières années, puis franchement c'était une petite fille mais juste tellement facile de nature, et joviale en plus, que je me disais c'est pas possible, il faut que je fasse quelque chose. Parce que c'est vrai qu'à partir du moment, elle était quand même désirée même si c'était un argument mal fondé quoi. C'est quand même ta chaire, ton sang, même si le côté charnel a un peu été bafoué, bâclé, etc. ça reste quand même un sentiment d'amour fort pour son enfant. C'est ce qui m'a motivée de la voir grandir, puis essayer de construire quelque chose avec elle. » (L)

⁴⁶Le top des citations, 2012, (consulté le 20.07.2013), <http://www.top-citations.com/2012/09/lamour-dune-mere-pour-son-enfant-ne.html?m=1>

Références

1. Bibliographie : ouvrages et articles

- BLANCHET A, GOTMAN, (2010), « *L'enquête et ses méthodes. L'entretien* », Editions Armand Colin, Saint-Jean de Brays
- CHATONEY.B, VAN DER BORGH F, (2010), « *Protéger l'enfant avec ses deux parents* », Les éditions de l'atelier, Paris
- FAORO-KREIT.B, (2011), « *Les enfants et l'alcoolisme parental* », édition érès, Toulouse
- GOMEZ.H, (2003), « *L'alcoolique, les proches, le soignant : pour une autre pratique de l'alcoolologie* », Dunod, Paris
- GOMEZ.H, (1999), « *La personne alcoolique* »,Dunod, Paris
- GUEIBE.R, (2010), « *l'alcoolisme au quotidien, de la consommation agréable à la dépendance* », Editions SeliArslan, Paris
- HOUZEL.D, (2007), « *Les enjeux de la parentalité* », édition érès, Ramonville Saint - Agne
- UEHLINGER.C, TSCHUI.M, (2006), « *Quand l'autre boit : guide de survie pour les proches de personnes alcooliques* », éditions Anne Carrière, Paris
- VAN CAMPENHOUDT.L, QUIVY RAYMOND, (2011), « *Manuel de recherche en sciences sociales* », 4^e édition, Dunod, Paris
- VITARO F, CARBONNEAU R, ASSAD J-M, (2006), « *Les enfants de parents affectés d'une dépendance, problèmes de résilience* », Presses de l'université du Québec, Canada
- GAUSSOT L, (2004), « *Modération et sobriété : études sur les usages sociaux de l'alcool* », l'Harmattan, logiques sociales, France

2. Sites internet

- Addiction Suisse, 2012, (consulté le 05.08.2012), <http://www.suchtschweiz.ch>
- Addiction Suisse, 2013, « Dépendance à l'alcool », consulté le 30.12.2012, <http://www.addictionsuisse.ch/infos-und-fakten/alkohol/folgen/abhaengigkeit/>
- Addiction Suisse, 2013, « Le risque de la co-dépendance », (consulté le 10.05.2013), <http://www.addictionsuisse.ch/aide-et-conseil/un-de-mes-proches-consomme/la-codependance/>
- Addiction Suisse, 2013, « Les enfants dans une famille d'alcoolique », (consulté le 20.07.2013), <http://www.addictionsuisse.ch/themes/publics-cible/enfants/dans-une-famille-alcoolique/>
- Addiction Suisse, (2007), « *La dépendance à l'alcool chez les jeunes et jeunes adultes* », (consulté le 22.09.2012), <http://www.suchtschweiz.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/jeunes/dependance-a-lalcool/>
- Addiction Suisse (2009), « Etude des catamnèse des clients de la Villa Flora et Via Gampel », (consulté le 03.12.1012), http://cms.addiction-valais.ch/Upload/addiction-valais/Annexes/1273_catamnese_rapport_09.pdf
- Addiction Suisse, 2011, (consulté le 30.12.2012), « Les jeunes et l'alcool. L'alcool dans notre société-hier et aujourd'hui. Les diverses cultures de l'alcool aujourd'hui », http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alcool-société.pdf.
- Addiction Suisse, 2011, « L'alcool dans le corps-effets et élimination », (consulté le 1.12.2013), http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alcool_corps.pdf
- Addiction Valais, 2012, (consulté le 28. 09.2012), <http://www.addiction-valais.ch/?page=Institutions>
- BERQUIN.A, 2010, La revue médicale Suisse, « *le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie* », (consulté le 06.10.2012), <http://rms.medhyg.ch/numero-258-page-1511.htm>
- Centre d'accueil pour adultes en difficultés, 2012, (consulté le 28.09.2012), <http://www.caad-valais.ch/>
- CHUV, service d'alcoologie, 2010, « *l'alcoolo-dépendance* », (consulté le 18.09.2012), http://www.chuv.ch/cta/cta_home/cta_alcool/cta_alcool_dependance.htm

- CLERC BEROD. A, 2008, « Bilan 2002-2007 d'indice de gravité d'une toxiacomanie au sein de la LVT, (consulté le 22.09.2012), http://cms.lvt.ch/Upload/addictionvalais/Annexes/1079_IGT_brochure_synthese_Fr.pdf
- Confédération suisse, consulté le 30.12.2012, « Régie fédérale des alcools RFA », <http://www.eav.admin.ch/index.html>
- Coordination intervention suisse info drog, 2012, « Nombre d'institutions : 16 », (consulté le 26.09.2012) <http://www.infodrog.ch/index.php/recherche.html?interface=frmap>.
- Département fédéral des affaires étrangères, 2012, « drogues et alcool », (consulté le 3.10.2012), http://www.swissworld.org/fr/population/drogues_et_alcool/alcool/
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2004, « *Enfant dans une famille d'alcoolique* », Lausanne, (consulté le 20.07.2013), <http://www.prevention.ch/enfantfamillealcoolique.htm>,
- Le top des citations, 2012, (consulté le 20.07.2013), <http://www.top-citations.com/2012/09/lamour-dune-mere-pour-son-enfant-ne.html?m=1>
- Organisation mondiale de la santé, 2010, « *la maltraitance des enfants* », (consulté le 08.10.2012), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html>
- Foyers Rives du Rhône, 2012, (consulté le 28.09.2012), <http://www.rivesdurhone.ch/?page=conditions>
- Soins infirmiers, 2012, (consulté le 18.09.2012), <http://www.soins-infirmiers.com/alcooloddependance.php>
- Villa Flora, 2012, (consulté le 28. 09.2012) <http://www.villaflorasierre.ch/infos/index>

3. Articles

- ADES J, (consulté le 27. 12.2012), « *La place de l'alcoolisme parmi les addictions* », Cairn info, <http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-1-page-14.htm>
- CARDI C, (consulté le 06.02.2013), « *La « mauvaise mère » : figure féminine du danger* », Cairn info, <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2007-1-page-27.htm>
- FORTINI C, DAEPPEN B (consulté le 26 janvier 2013) « L'entretien motivationnel : développements récents », Cairn info, http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PSYS_113_0159
- LECAVALIER M, MARCIL-DENAULT J, DENIS I, MALATAIS K, MANTHA L, (consulté le 06.02.2013), « *La motivation, quelque chose qui se construit, cahier de formation* », Centre Dollars-Cormier, institut universitaire sur les dépendances, www.centredollardcormier.qc.ca/.../cahier%20formation%20la%20motivation.pdf
- LANDRY V, LAVENTURE M, GEMME E, BASTIEN M-F, NADEAU C-L, CHARBONNEAU R, PREVOST M, LAVOIE S, BERTRAND K, 2010, « Toxicomanie parentale et développement des enfants 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement. », Centre Dollars-Cormier, institut universitaire sur les dépendances

4. Tableaux

- Tableau 1 : part en % des problèmes rencontrés lors de l'admission en 2011 dans les différents centres d'addiction Valais (plusieurs réponses possibles)
- Tableau 2 : répartition de la clientèle (en %) selon ses conditions de vie au moment de l'admission dans le secteur résidentiel alcool en 2011, selon institution
- Tableau 3 : répartition (en %) des principaux motifs de sortie du secteur résidentiel en 2011, selon institution
- Tableau 4 : schéma de la balance décisionnelle : (Lecavalier M, Marcil-Denault J, Denis I, Malatais K, Manthal L, p35)
- Tableau 5 : étapes de processus de changement

5. Images

- Image 1 : institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2004, « *Enfant dans une famille d'alcoolique* », Lausanne, (consulté le 20.07.2013), <http://www.prevention.ch/enfantfamillealcoolique.htm>,
- Image 2 : introduction à l'entretien motivationnel, 2006, (consulté le 03.04.2013), http://www.google.ch/imgres?imgurl=x-raw-image:////b0680cbac96db449262f5b7bd0ab947db5c5c370cfeffdcb9269d9b1fbc0f1e1&imgrefurl=http://commentdire.fr/diapotheque/Entretien_motivationnel_diapo2006.pdf&usg=__H-T0e0a4Q5Lr33OPM7BauvVkyvQ=&h=323&w=546&sz=332&hl=fr&start=26&zoom=1&tbnid=SbRtyboMaLD3wM:&tbnh=79&tbnw=133&ei=4_hPUtqRFaXk4QSOriGQCA&prev=/search%3Fq%3Dapproche%2Bmotivationnelle%2Bpr ochaska%26start%3D20%26sa%3DN%26hl%3Dfr-CH%26gbv%3D2%26tbn%3Disch&itbs=1&sa=X&ved=0CDYQrQMwBTgU

Annexes

Annexe 1 : lettre adressée à la Villa Flora

Annexe 2 : mail adressé à Monsieur Gérard Buillard

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 1

Gaist Emilie

Chamoson, le 7 mai 2013

Tél :

Email :

Concerne : travail de Bachelor – « alcool-dépendance et parentalité : retrouver son rôle de mère »

Monsieur,

Je suis étudiante en dernière année de formation à la Haute Ecole de Travail social de Sierre dans l'orientation Service social. Je réalise actuellement mon Travail de Bachelor basé sur l'approche motivationnelle de Prochaska et De Clemente et me questionne sur l'ensemble du processus de cure entrepris par les mères alcool-dépendantes et sur ce qui s'y joue en termes de parentalité. Pour ce travail, je porte un regard particulier sur les motivations et les freins des mères quant à leur entrée en traitement. Les buts de ma recherche sont de comprendre les raisons qui les poussent à entreprendre un traitement ou non à la Villa Flora afin de pouvoir, par la suite travailler au mieux sur leurs motivations.

Je souhaite rencontrer six à huit mères, ayant un ou des enfants de 0 à 12 ans pour un entretien de 45 minutes environ. Celui-ci sera enregistré et pourra être interrompu à tout moment. Le lieu de l'entretien sera choisi par la participante elle-même.

Je m'engage personnellement à préserver l'anonymat des participantes et à présenter toutes les garanties de confidentialité, en référence au code de déontologie art 12 al 4 : « Les professionnel-le-s du travail social traitent les données personnelles sensibles avec toutes les précautions nécessaires. Ils et elles accordent une priorité élevée à la protection des données et au devoir de discrétion.[...] »

Par ce courrier, je sollicite votre accord et votre aide pour, d'une part, informer de ma recherche les personnes qui se sont adressées à votre service et qui seraient susceptibles d'y participer et, d'autre part, transmettre aux personnes intéressées mon adresse email ou mon numéro de téléphone afin qu'elles puissent me joindre. Aucun nom ou indicateur permettant de les identifier ne sera révélé. Les enregistrements seront réservés uniquement à l'analyse des données et détruits après usage.

Je reste disponible pour toutes autres informations dont vous auriez besoin.

En attendant une réponse de votre part, recevez, Monsieur, mes meilleures salutations.

Gaist Emilie

Annexe 2

Mon mail :

Bonjour,

je suis étudiante à la HES et rédige actuellement mon travail de Bachelor qui traite des motivations et des freins des mères alcool-dépendante à entrer en cure.

Dans ce cadre, je me suis permise d'écrire à la villa Flora (lettre ci-jointe) afin de pouvoir échanger avec 6 à 8 mères ayant déjà suivi un traitement à la villa Flora. Celle-ci m'a redirigé vers vous.

Je vous sollicite donc afin de savoir, si vous auriez des personnes vers qui m'aiguiller, dans les modalités de la lettre ci-annexée.

En espérant pouvoir bénéficier de votre précieuse aide, recevez, monsieur, mes salutations distinguées.

Emilie Gaist

Réponse :

Bonsoir Emilie,

J'ai pris note de votre demande. Je pars pour 3 à 4 jours et je m'occuperai de ceci à mon retour.

Veuillez svpl me donner votre no de tél. et je vous appellerai pour en discuter de vive voix.

Bon week-end et meilleures salutations

Annexe 3

Guide d'entretien pour les mères ayant suivi un traitement à la Villa Flora

Accueil	<p>Bonjour, comme vous l'a transmis M Gérard Buillard, je suis étudiante au sein de l'HES-SO en travail social. Dans ce cadre, je m'interroge sur le fait d'être mère avec un problème de dépendance, avant d'être en cure, quand on est en cure, sur ce qui vous a aidée dans ce parcours de cure, sur ce qui a été difficile pour vous durant celle-ci. C'est ce que nous allons aborder dans cet entretien et je vous remercie de m'accorder du temps pour me parler de votre expérience.</p> <p>Nous aborderons 3 moments de votre parcours de vie : avant le traitement à la Villa Flora, pendant le traitement, et après le traitement</p> <p>Je m'engage à présenter vos propos de manière anonyme et donc à ne pas divulguer de noms ou d'indicateurs qui pourraient vous identifier. Tout ce qui sera dit ici, sera donc confidentiel.</p> <p>Sachez encore que vous pouvez arrêter cette discussion à tout moment si vous le désirez. On se voit entre 30 et 45 minutes, est-ce que c'est toujours ok pour vous ?</p>		
Hypothèses	<p>H1 : La peur du changement est un frein à la motivation de ces mères à entreprendre un traitement.</p> <p>H2 : Ces mères sont motivées au « changement » mais pas au « traitement ».</p> <p>H3 : les mères alcool-dépendantes décident d'entreprendre un traitement par peur de se faire retirer leurs enfants.</p>		
Avant le	Questions	H correspondant à la question	Objectifs correspondant à la question
	<p>Q 1 : Pour commencer, pouvez-vous m'expliquer votre situation avant d'entrer en traitement ?</p> <p>Quelle était votre situation familiale et les relations au sein de celle-ci ?</p> <p>Quelle était la relation avec vos enfants ?</p> <p>Est-ce que vous pouvez me décrire ou me raconter ce qu'est pour vous une journée type comme mère, qu'est-ce que vous faisiez ?</p> <p>Comment vous perceviez vous à ce moment en tant que mère, comment vous-sentiez vous ?</p> <p>Aviez-vous conscience de l'impact de votre problématique sur votre</p>		<p>Entrée en matière, clarifier comment la mère se sentait dans son rôle de mère à ce moment là de sa vie.</p> <p>Identifier comment elles perçoivent le lien avec leurs enfants et leur vision quant à leur rôle de mère</p>

traitemen t	entourage et vos enfants ? Avez-vous eu la crainte de vous faire retirer votre enfant ? Q2 : Durant cette période aviez-vous envie de changer ? Aviez-vous des craintes de changer ? Que cela impliquait-il pour vous ? Arrêter de consommer qu'est-ce que cela signifiait pour vous ? Quel a été l'élément déclencheur qui vous à permis de faire le pas vers le changement ? Comment avez-vous commencé à consulter au sujet de votre dépendance ? A l'aide de qui ? Est-ce que vous vouliez le faire pour vous ou plutôt pour votre entourage ? Ou pour une autre raison ? Q3 : Pouvez-vous me parler de ce qui vous a aidé à entreprendre un traitement, et de ce qui a été difficile ou qui aurait pu vous décider à ne pas l'entreprendre ? Vous sentiez-vous capable d'entreprendre cette démarche ? Q4 : Quels rôles ont joué vos enfants pour vous dans votre motivation ou vos freins à décider de vous faire soigner Ont-ils contribué à votre décision de traitement ou au contraire, vous ont-ils dissuadé de faire le pas vers le traitement à la Villa Flora ? La méthode de traitement vous-semblait-elle adéquate ? Étiez-vous d'accord avec toutes les conditions de prises en charge proposée à la Villa Fora ?		
		H1	Identifier les freins qui empêchent la mère à entreprendre une cure
		H 1,2,3	Identifier les facilitateurs et les freins permettant à ces femmes d'entrer en cure et comprendre leur motivation à le faire.
		H3	Identifier les facilitateurs et les freins permettant à ces femmes d'entrer en cure et comprendre leur motivation à le faire.

		H2	Identifier les facilitateurs et les freins permettant à ces femmes d'entrer en cure et comprendre leur motivation à le faire.
Pendant le traitement	<p>Q1 : Est-ce que vous avez failli renoncer à un moment ou à un autre ? Pourquoi ?</p> <p>Q2 : Qu'est-ce qui vous a motivée à continuer, à terminer votre traitement ?</p> <p>Q3 : Que vous à t-il manqué (soutien, information, autres, etc..) ?</p>		<p>Identifier les facilitateurs et les freins permettant à ces femmes d'entrer en cure et comprendre leur motivation à le faire.</p> <p>Identifier les freins qui empêchent la mère à entreprendre une cure</p> <p>Identifier ce qu'il manque pour les soutenir durant le traitement</p>
Après le traitement	<p>Q1 : Et aujourd'hui, comment voyez-vous votre rôle de mère ? comment le percevez-vous si on compare à avant le traitement ?</p> <p>Q2 : Vous arrive-t-il d'avoir envie de consommer à nouveau ? qu'est-ce qui vous aide à ne pas le faire ?</p> <p>Q3 : Que signifie pour vous ce changement ?</p>		Identifier comment elles perçoivent le lien avec leurs enfants et leur vision quant à leur rôle de mère

